

INSTYTUT WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI

dr Tomasz Pałdyna

***Praktyka sądowa w zakresie stosowania
wybranych instytucji prawnych zawartych w ustawie
o ochronie zdrowia psychicznego***

Warszawa 2015

Spis treści

1.	Wprowadzenie	1
1.1.	Cele badawcze i przyjęte założenia	1
1.2.	Metodologia i próba badawcza.....	2
1.3.	Dane statystyczne	4
1.3.1.	Statystyka Ministerstwa Sprawiedliwości za rok 2014	4
1.3.2.	Niektóre dane statystyczne dotyczące badanych akt.....	6
1.3.2.1.	Płeć	6
1.3.2.2.	Wiek	6
1.3.2.3.	Ubezważnowolnienie.....	7
2.	Standardy konstytucyjne i międzynarodowe w dziedzinie przymusowego leczenia psychiatrycznego	8
2.1.	Standardy międzynarodowe	8
2.1.1.	Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności	8
2.1.2.	Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka	9
2.1.2.1.	Warunki minimalne.....	10
2.1.2.2.	Zgodność z prawem.....	11
2.1.2.3.	Prawo do sądu	12
2.1.3.	Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych.....	13
2.2.	Standardy konstytucyjne	14
3.	Przymusowa hospitalizacja w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego	17
4.	Hospitalizacja i obserwacja psychiatryczna w trybie nagłym	20
4.1.	Przesłanki hospitalizacji i obserwacji w trybie nagłym	20
4.2.	Decyzja o przyjęciu do szpitala	23
4.2.1.	Wszczęcie postępowania legalizującego pozbawienie pacjenta wolności	23
4.2.2.	Zatwierdzenie decyzji lekarza	24
4.2.3.	Konsultacja decyzji z innym lekarzem psychiatrą lub psychologiem..	26
4.2.4.	Zawiadomienie sądu	27
4.2.4.1.	Termin zawiadomienia	27
4.2.4.2.	Forma zawiadomienia	28
4.2.4.3.	Treść zawiadomienia	29
4.2.4.4.	Przyczyna zatrzymania pacjenta.....	30
4.2.4.4.1.	Przyczyny przyjęcia na leczenie przymusowe	31
4.2.4.4.2.	Przyczyny przyjęcia na obserwację	34

4.2.4.5.	Podstawa prawna przyjęcia	35
4.3.	Sądowa kontrola decyzji lekarskich.....	36
4.3.1.	Wszczęcie postępowania.....	36
4.3.2.	Kwalifikacja sprawy.....	38
4.3.3.	Uczestnicy postępowania	40
4.3.3.1.	Udział prokuratora.....	40
4.3.3.2.	Udział kuratora	41
4.3.3.3.	Pomoc prawna	42
4.3.4.	Czas trwania postępowania	43
4.3.4.1.	Średnia długość postępowania	43
4.3.4.2.	Średnia długość rozprawy	44
4.3.5.	Czynności podejmowane przez sąd.....	45
4.3.5.1.	Wysłuchanie.....	45
4.3.5.2.	Rozprawa	47
4.3.5.2.1.	Jawność rozprawy	47
4.3.5.2.2.	Zachowanie 14-dniowego terminu od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia na wyznaczenie rozprawy	49
4.3.5.2.3.	Miejsce rozprawy	50
4.3.5.3.	Postępowanie dowodowe – opinia biegłego	51
4.3.5.3.1	Choroba psychiczna	56
4.3.5.3.2.	Teza dowodowa	59
4.3.5.3.2.1.	Choroba psychiczna – art. 23 ustawy	59
4.3.5.3.2.2.	Zaburzenia psychiczne – art. 24 ustawy	61
4.3.5.3.2.3.	Zagrożenie życia i zdrowia.....	62
4.3.5.3.2.4.	Inne uchybienia przy formułowaniu tez dowodowych	62
4.3.5.3.2.5.	Zakres kontroli sądu/ustaleń biegłego.....	64
4.3.5.3.2.6.	Forma decyzji dowodowej.....	65
4.3.6.	Orzeczenia.....	65
4.3.7.	Środki odwoławcze	67
4.3.8.	Umorzenie postępowania	67
5.	Hospitalizacja psychiatryczna w trybie wyłącznie wnioskowym	71
5.1.	Przesłanki hospitalizacji wyłącznie wnioskowej.....	71
5.2.	Legitymacja czynna.....	73
5.3.	Wniosek inicjujący postępowanie.....	75
5.3.1.	Braki formalne i rejestracja wniosku.....	75

5.3.2.	Podstawa faktyczna żądania	75
5.3.3.	Zaświadczenie lekarskie	76
5.4.	Postępowanie dowodowe.....	79
5.4.1.	Opinia biegłego.....	79
5.4.1.1.	Teza dowodowa.....	80
5.4.1.2.	Konkluzje opinii	83
5.4.2.	Inne środki dowodowe	84
5.5.	Tok postępowania	85
5.5.1.	Rozprawa.....	85
5.5.2.	Pełnomocnik z urzędu.....	86
5.5.3.	Prokurator	87
5.5.4.	Uczestnicy postępowania	87
5.6.	Orzeczenia	87
5.7.	Środki odwoławcze.....	90
6.	Wnioski <i>de lege lata</i> i <i>de lege ferenda</i>	92
6.1.	Wnioski w zakresie przyjętych przez ustawodawcę rozwiązań legislacyjnych.....	92
6.2.	Wnioski w zakresie praktyki sądowej	94
7.	Załączniki	99
7.1.	Załącznik nr 1 – lista poddanych badaniu akt spraw o przymusową hospitalizację w trybie art. 23 ustawy.....	99
7.2.	Załącznik nr 2 – lista poddanych badaniu akt spraw o przymusową hospitalizację w trybie art. 24 ustawy.....	104
7.3.	Załącznik nr 3 – lista poddanych badaniu akt spraw o przymusową hospitalizację w trybie wyłącznie wnioskowym.	105
7.4.	Załącznik nr 4 – ankieta dla spraw toczących się z urzędu	107
7.5.	Załącznik nr 5 – ankieta dla spraw toczących się na wniosek.....	109
7.6.	Załącznik nr 6 – wzór zawiadomienia sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego	111

1. Wprowadzenie

1.1. Cele badawcze i przyjęte założenia

Celem niniejszych badań jest analiza rozwiązań zawartych w art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹ w świetle gwarancji konstytucyjnych i prawnomiędzynarodowych, z uwzględnieniem orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPCz) w Strasburgu, jak też rewizja przesłanek i podstaw decyzji sądowych w sprawach toczących się w trybie tych przepisów oraz realizacji przez sądy gwarancji proceduralnych przewidzianych przez ustawodawcę w postępowaniach o przymusowe leczenie psychiatryczne, w tym zachowanie 14-dniowego terminu od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia na wyznaczenie rozprawy, przeprowadzenie rozprawy w szpitalu psychiatrycznym i ustanowienie dla osoby, której postępowanie dotyczy, adwokata z urzędu. Zastrzec przy tym trzeba, że o ile na podstawie zbadanych akt można wiele powiedzieć na temat realizacji gwarancji proceduralnych w sprawach o przymusowe leczenie psychiatryczne, o tyle trudno – w oparciu o ten materiał – przeanalizować podstawy orzeczeń w tych sprawach. Jedynie w jednostkowych przypadkach bowiem postanowienie kończące sprawę merytorycznie zostało uzasadnione. Tylko w kilku sprawach orzeczenie sądu I instancji zostało zaskarżone, a uzasadnienia sądu odwoławczego można policzyć na palcach jednej ręki. Brak uzasadnienia poważnie utrudnia uchwycenie motywów działania sądu.

W dalszych rozważaniach:

- przez pojęcie „ustawa” należy rozumieć ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- termin „szpital” będzie synonimem jednostki zajmującej się hospitalizacją osób chorych psychicznie²,

¹ Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, ze zm. Badania objęły także przepisy regulujące procedurę postępowania w sprawach o hospitalizację lub obserwację w trybie nagłym i w trybie wyłącznie wnioskowym.

² W badanych aktach mamy do czynienia bądź z wyspecjalizowanym szpitalem psychiatrycznym, bądź – choć rzadziej – z oddziałem psychiatrycznym w szpitalu o szerszym profilu.

- stosowane zamiennie słowa „pacjent” i „uczestnik postępowania” będą oznaczać osoby, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy, a więc osoby chore psychicznie, upośledzone umysłowo lub wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, w stosunku do których tyczyły się postępowania w badanych sprawach,
- przez pojęcie „przymusowa hospitalizacja” należy rozumieć przyjęcie lub zatrzymanie pacjenta w trybie art. 23 ustawy³,
- pojęcie „przymusowa obserwacja” będzie oznaczać przyjęcie lub zatrzymanie pacjenta na podstawie art. 24 ustawy, zaś
- „zatrzymanie” lub „przymusowe zatrzymanie” będzie oznaczać pozbawienie pacjenta wolności przez przyjęcie do szpitala psychiatrycznego lub pozostawienie go wbrew jego woli w szpitalu psychiatrycznym.

1.2. Metodologia i próba badawcza

Badaniu poddano akta **250 spraw sądowych**, z czego największa próba (179 spraw) dotyczyła hospitalizacji w trybie art. 23 ustawy. Przebadano ponadto 31 spraw o przyjęcie na obserwację na podstawie art. 24 ustawy i 40 spraw o przymusowe leczenie w trybie wyłącznie wnioskowym (art. 29 ustawy). Sprawy te – zgodnie z symboliką przyjętą w załączniku nr 2 do zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej⁴ – oznaczone są w sposób następujący: symbol 236 – umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby chorej psychicznie (art. 23 ustawy), symbol 237 – umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi (art. 24 ustawy), symbol 238 – umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym osoby chorej psychicznie na wniosek (art. 29 ustawy). Zastrzec przy tym trzeba, że wskazane liczby spraw przypadające na poszczególne kategorie odpowiadają rzeczywistości

³ Stosowanego także w związku z art. 22 ust. 5 i art. 28 ustawy.

⁴ Dz. Urz. MS z 2003 r. Nr 5, poz. 22 ze zm.

stanowi rzeczy⁵, nie zaś oznaczeniu symbolicznemu nadanemu przez sąd. W kilku sprawach bowiem symbol oznaczono wadliwie⁶.

Próba spraw poddanych badaniu wyłoniona została w losowaniu warstwowym, prostym, uwzględniającym proporcję udziału spraw oznaczonych symbolami 236, 237 i 238. Wzięto pod uwagę wyłącznie sprawy zakończone w 2014 r. oraz sądy, w których załatwiono w tym czasie minimum 10 spraw tego typu⁷. Sądy podzielono na trzy warstwy: sądy duże (powyżej 400 załatwień rocznie), średnie (od 100 do 400 załatwień rocznie) oraz małe (poniżej 100 załatwień rocznie) i z każdej warstwy w sposób prosty (program SPSS) wylosowano określoną liczbę sądów – proporcjonalną do ogólnej liczby występujących w niej sądów rejonowych: w pierwszej warstwie – trzy sądy, w drugiej – pięć sądów, a w trzeciej – 10 sądów. Następnie z każdego wylosowanego sądu wzięto do próby proporcjonalną liczbę każdego rodzaju spraw. Tym samym zapewniono reprezentację spraw z różnego rodzaju sądów i proporcję udziału trzech rodzajów spraw. Przy tak przeprowadzonym wyborze maksymalny błąd całej próby wynosi 6,6%.

W ten sposób badane akta pochodzą z sądów rejonowych z różnych zakątków Polski, różnej wielkości, usytuowanych w większych i mniejszych miastach. Akta spraw toczących się w trybie art. 23 ustawy pozyskano **z 11 sądów rejonowych**, zaś akta spraw o przymusową obserwację psychiatryczną (art. 24 ustawy) **z sześciu sądów rejonowych**. Najbardziej różnorodną próbę badawczą stanowią akta spraw toczących się w trybie art. 29 ustawy. Sprawy te są bowiem rozstrzygane przez wszystkie sądy rodzinne w kraju, nie zaś jedynie przez sądy, w których okręgu znajdują się szpitale psychiatryczne czy psychiatryczne oddziały szpitalne. Stąd, przy niewielkiej ich liczbie (40 spraw), akta do analizy pozyskano aż **z 18 sądów rejonowych**.

Lista spraw poddanych badaniu stanowią [załączniki nr 1–3](#) do niniejszego opracowania.

⁵ Choć w kilku przypadkach można było mieć wątpliwość co do tego, czy sprawa toczy się w trybie art. 23 czy art. 24 ustawy, o czym w dalszych rozważaniach.

⁶ Co może zaburzać nieco próbę badawczą, w niewielkim jednak stopniu. Błąd ten moim zdaniem można pominąć.

⁷ Co dało łącznie 24 652 sprawy.

Tabela 1. Dane dotyczące badanych spraw

Symbol	Materia	Liczba zbadanych spraw	Liczba sądów, od których uzyskano akta
236	umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby chorej psychicznie (art. 23 ustawy)	179	11
237	umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi (art. 24 ustawy)	31	6
238	umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym osoby chorej psychicznie na wniosek (art. 29 ustawy)	40	18

Dane niezbędne dla prowadzonych badań ujęto w ankietach badawczych, stworzonych przed rozpoczęciem analizy akt spraw sądowych, odrębnie dla spraw toczących się z urzędu (art. 23 i 24 ustawy) oraz w trybie wyłącznie wnioskowym (art. 29 ustawy).

Wzory ankiet stanowią [załączniki nr 4–5](#) do niniejszego opracowania.

1.3. Dane statystyczne

Przed przystąpieniem do dalszej analizy warto zapoznać się z niektórymi danymi statystycznymi, co pozwoli bliżej zorientować się w specyfice omawianych spraw. Niektóre z prezentowanych danych będą wykorzystane w dalszych rozważaniach, jednak już teraz zostaną wyciągnięte przed nawias, aby dać lepszy obraz sytuacji i oczyścić nieco przedpole.

1.3.1. Statystyka Ministerstwa Sprawiedliwości za rok 2014

W roku 2014 zarejestrowano w sądach rejonowych w całej Polsce **16 484 sprawy** o przymusową hospitalizację. W 8777 sprawach sąd wydał orzeczenie zatwierdzające zatrzymanie pacjenta⁸, co stanowi 53% wszystkich spraw oraz

⁸ W statystyce ministerialnej mowa jest o orzeczeniach „uwzględniających” i „oddalających”. Jest to jednak skrót myślowy, bo postępowanie nie toczy się w trybie wnioskowym.

99,6% spraw zakończonych merytorycznie. Odmówiono bowiem zatwierdzenia zatrzymania tylko w 0,4% spraw (64 sprawy). W statystyce mowa jest także o 90 wnioskach zwróconych, co jest niezrozumiałe, skoro nie jest to postępowanie toczące się w trybie wnioskowym. Postępowanie umorzono aż w 6051 przypadkach, co daje 37% wszystkich spraw. W 424 sprawach miało miejsce „inne załatwienie”.

Spraw o przymusową obserwację było w roku 2014 niemal pięciokrotnie mniej⁹, bo zarejestrowano ich **4394**. Sąd odmówił zatwierdzenia zatrzymania w 30 sprawach (0,6%), a o legalności zatrzymania orzekł w 1845 sprawach, co stanowi 42% wszystkich spraw, a **99,4% spraw zakończonych merytorycznie**. Pod pojęciem „zwrócono” figuruje 37 spraw, a ponad 46% spraw umorzono (2042 sprawy). W 113 sprawach miało miejsce „inne załatwienie”.

W tym samym roku do sądów wpłynęło **3980 wniosków** o hospitalizację w trybie art. 29 ustawy. Uwzględniono 29% z nich (w 1159 sprawach), a oddalono w 13% (510 spraw). Wśród wszystkich spraw zakończonych merytorycznie (1669 spraw) sąd odmówił skierowania na leczenie przymusowe w przeszło 30% spraw. Wniosek zwrócono aż w 1048 sprawach (ponad 26%), a postępowanie umorzono w 898 sprawach (prawie 23%). „Inne załatwienie” dotyczyło 225 spraw.

Zestawiwszy powyższe z opisaną w poprzednim punkcie próbą badawczą, trzeba odnotować, że badanie objęło:

- około 1% wszystkich spraw toczących się w trybie art. 23 i 29 ustawy, które wpłynęły do sądów rejonowych w roku 2014,
- około 0,7% spraw toczących się w trybie art. 24 ustawy z tego samego okresu.

⁹ Dysproporcja obu rodzajów spraw o przymusową hospitalizację w trybie pilnym jest zastanawiająca. *Prima facie* należałoby się spodziewać tego, że będą dominować sprawy toczące się na podstawie art. 24 ustawy, choćby z uwagi na mniejszą uciążliwość dla pacjenta. Zwracają na to uwagę T. Cysek, Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, MoP 1997, nr 3, s. 100.

Tabela 2. Dane statystyczne za rok 2014.

symbol	wpływ	uwzględnione	%	oddalone	%	zwrócone	%	umorzone	%	inne załatwienie	%
236	16 484	8777	53	64	0,4	90	0,005	6051	37	424	0,026
237	4394	1845	42	30	0,6	37	0,008	2042	46	113	0,026
238	3980	1159	29	510	13	1 048	26	898	23	225	0,056

1.3.2. Niektóre dane statystyczne dotyczące badanych akt

Większość danych statystycznych zostanie zaprezentowana przy rozważaniach dotyczących poszczególnych zagadnień z zakresu stosowania art. 23, 24 i 29 ustawy. Poniżej przedstawiono niektóre jedynie informacje i choć część z nich nie ma wielkiej doniosłości dla prowadzonych badań, to pozwala rzucić światło na specyfikę opisywanych spraw.

1.3.2.1. Płeć

W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy w ponad 56% przypadków mamy do czynienia z pacjentami płci męskiej (102 sprawy). W sprawach o przymusową obserwację (art. 24 ustawy) nie ma już takiej dysproporcji, choć także dominują mężczyźni (ponad 51% przypadków). Z kolei, uczestnikami spraw toczących się w oparciu o art. 29 ustawy były najczęściej kobiety, których dotyczyły 24 wnioski na 40 zbadanych spraw (60%).

1.3.2.2. Wiek

Badane sprawy dotyczyły wyłącznie pacjentów pełnoletnich. Średni wiek pacjentów w sprawach o przymusową hospitalizację to blisko 47 lat. Najmłodszy z nich miał 18, a najstarszy 88 lat. Średni wiek pacjentów w sprawach o przymusową obserwację był dużo niższy – niespełna 40 lat. Sprawy te dotyczyły pacjentów od

19 do 91 roku życia. Średni wiek pacjentów w postępowaniu wyłącznie wnioskowym wynosił 52 lata. Najmłodszy uczestnik miał 26 lat, a najstarszy 92 lata.

1.3.2.3. Ubezważnowolnienie

Z badanych akt wynika, że w większości przypadków szpitale psychiatryczne kierujące do sądu zawiadomienia o przyjęciu lub zatrzymaniu pacjentów nie dysponowały informacjami o posiadaniu przez nich zdolności do czynności prawnych i przedstawiciela ustawowego albo nie zadbały o to, by należycie wypełnić formularz zawiadomienia, w którym przeznaczono miejsce na takie dane. Częstokroć kwestia ubezważnowolnienia ujawniała się dopiero w opinii biegłego. W większości spraw jednak nie można się było przekonać (brak ku temu jakichkolwiek danych), czy pacjent ma przedstawiciela ustawowego. Kwestia ta nie jest pozbawiona znaczenia, jeśli zważy się na to, że przedstawiciel ustawowy jest z mocy prawa uczestnikiem takiego postępowania (art. 46 ust. 1 ustawy); on także wyraża zgodę na hospitalizację osoby pozbawionej zdolności do czynności prawnych. Ona sama natomiast nie może wyrazić zgody na pobyt w szpitalu w trybie art. 26 ust. 1 ustawy.

Odnótować w tym miejscu trzeba, że w żadnym z zawiadomień, w których poinformowano sąd o zatrzymaniu pacjenta na obserwację psychiatryczną w trybie art. 24 ustawy, nie ma informacji ani o ubezważnowolnieniu pacjenta, ani o osobie przedstawiciela ustawowego. Danych takich nie da się także uzyskać z innych dokumentów znajdujących się w tych sprawach, w tym także z opinii biegłego. Natomiast w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy w dziewięciu przypadkach wiadomo, że dotyczyły one pacjenta ubezważnowolnionego całkowicie, a w trzech przypadkach – ubezważnowolnionego częściowo. W dziewięciu przypadkach wiadomo, że pacjent nie jest ubezważnowolniony. W pozostałych sprawach brak danych w tym przedmiocie. Co ciekawe, w przypadku osób ubezważnowolnionych tylko w dwóch przypadkach wiadomo, kto jest przedstawicielem ustawowym.

2. Standardy konstytucyjne i międzynarodowe w dziedzinie przymusowego leczenia psychiatrycznego

2.1. Standardy międzynarodowe

2.1.1. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności

Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna wiąże się nieodłącznie z pozbawieniem pacjentów wolności, a niejednokrotnie także z koniecznością zastosowania wobec nich środków przymusu czy znoszenia przez nich różnego rodzaju zabiegów leczniczych¹⁰. Nie ignorując potrzeby izolacji i leczenia osób wykazujących zaburzenia psychiczne, podejmowanych wbrew ich woli, nie można zapominać o tym, że działania tego typu stanowią ingerencję w sferę dóbr osobistych pacjentów oraz naruszenie ich wolności obywatelskich. Ingerencja ta, podobnie jak w przypadku penalnych środków izolacyjnych, wymaga określonych ram i gwarancji procesowych. Ich zasadniczy zrąb ukształtowany został w Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności¹¹, której Rzeczpospolita Polska jest stroną od roku 1993. Chodzi tu przede wszystkim o prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 5 EKPCz)¹², prawo do obrony swoich interesów

¹⁰ Zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody. Przepis ten nie dotyczy osób przyjętych przymusowo na obserwację w trybie art. 24 ustawy. Art. 34 ustawy z kolei rozszerza w stosunku do osób pozbawionych wolności w szpitalu psychiatrycznym określony w art. 18 ustawy zakres okoliczności uprawniających do zastosowania środków przymusu. W stosunku do wszystkich tych osób przymus bezpośredni można stosować nie tylko wówczas, gdy dopuszczają się one zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby albo bezpieczeństwu powszechnemu, gdy w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub poważnie zakłócają, lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej bądź jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, ale także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.

¹¹ Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.; dalej: EKPCz.

¹² Zgodnie z art. 5 EKPCz każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Nikt nie może być pozbawiony wolności, z wyjątkiem przypadków wyliczonych enumeratywnie w ust. 1 tego artykułu. Legalne, z punktu widzenia konwencji, może być, m.in. „zgodne z prawem” pozbawienie wolności osoby umyślowo chorej (art. 5 ust. 1 lit. e EKPCz). Przy czym każdy, kto został zatrzymany, powinien zostać niezwłocznie i w zrozumiałym dla niego języku poinformowany o przyczynach zatrzymania i o stawianych mu zarzutach (art. 5 ust. 2 EKPCz). Co więcej, każda taka osoba ma – w świetle EKPCz – prawo odwołania się do sądu w celu ustalenia bezzwłocznie przez sąd legalności

(art. 6 EKPCz)¹³, do ochrony korespondencji i życia prywatnego (art. 8 EKPCz), jak też o zakaz tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania (art. 3 EKPCz)¹⁴.

2.1.2. Orzecnictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka

Kwestia przymusowego pozbawienia wolności osób wykazujących zaburzenia psychiczne jest od dawna przedmiotem zainteresowania ETPCz w Strasburgu. W orzecnictwie ETPCz wykryły się już zasady, które powinny być traktowane jako wytyczne dla prawodawców i organów stosujących prawo w przedmiocie przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej. Przede wszystkim zakłada się, że przymusowe zatrzymanie osoby „umysłowo chorej”, w rozumieniu art. 5 ust. 1 lit. e EKPCz, będzie „zgodne z prawem” w rozumieniu tego przepisu, tylko wówczas, gdy spełnione zostaną trzy „warunki minimalne”¹⁵: choroba umysłowa musi być wiarygodnie wykazana, zaburzenia psychiczne muszą być w rodzaju lub stopniu dającym podstawy do przymusowej izolacji, a ważność trwającego pozbawienia wolności zależy od utrzymywania się zaburzeń¹⁶.

pozbawienia wolności i zarządzenia zwolnienia, jeżeli pozbawienie wolności jest niezgodne z prawem (art. 5 ust. 4 EKPCz).

¹³ Przepis ten gwarantuje, m.in., prawo do osobistej obrony lub możliwość obrony przez przedstawiciela, a także – jeśli podsądny nie ma wystarczających środków na pokrycie kosztów obrony – do bezpłatnego korzystania z pomocy obrońcy wyznaczonego z urzędu.

¹⁴ W orzecnictwie ETPCz zwraca się także uwagę na to, że osoby chore psychicznie znajdują się w szczególnie delikatnym położeniu. Problem zatrzymania wiąże się z koniecznością poszanowania ich podstawowej godności ludzkiej. Niewłaściwe, poniżające traktowanie może być sprzeczne z art. 3 EKPCz. Tak w wyroku ETPCz z dnia 3 maja 2012 r. w sprawie M.S. przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 24527/08 (wszystkie powołane wyroki ETPCz są dostępne na stronie www.echr.coe.int).

¹⁵ Tak w uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie Hutchison Reid przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 50272/99. W tym samym duchu w wielu innych orzeczeniach. Zob. chociażby uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 16 października 2012 r., wydanego w sprawie Kędzior przeciwko Polsce, skarga nr 45026/07, czy uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 24 października 1979 r. w sprawie Winterwerp przeciwko Holandii, skarga nr 6301/73.

¹⁶ Por. uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 12 maja 1992 r. w sprawie Megyeri przeciwko Niemcom, skarga nr 13770/88, gdzie przyjęto, że osoba nie w pełni władz umysłowych, która przymusowo przebywa w szpitalu psychiatrycznym przez nieoznaczony okres jest w zasadzie uprawniona, a każdym wypadku, gdy zasadność pobytu nie jest kontrolowana przez organ o charakterze sądowym automatycznie i okresowo, do podjęcia postępowania „w rozsądnych odstępach czasu” przed sądem w celu ustalenia „legalności” – w rozumieniu Konwencji – pozbawienia wolności. Ocenia się przy tym, że art. 5 ust. 4 EKPCz wymaga, aby procedura pozbawienia wolności miała sądowy charakter i dawała zainteresowanemu gwarancje stosowne do rozpatrywanego rodzaju pozbawienia wolności. Trybunał przyjmuje także, że postępowanie sądowe, do którego odnosi się rzeczony przepis, niekoniecznie musi spełniać te same gwarancje, które są wymagane przez art. 6 ust. 1 EKPCz w stosunku do spraw karnych. Mimo to za niezbędne uznaje zapewnienie, aby osoba

2.1.2.1. Warunki minimalne

Problem identyfikacji choroby psychicznej („umysłowej”) pojawia się w orzecznictwie ETPCz w dwóch aspektach – esencjalnym i probacyjnym. Zakłada się mianowicie, że pozbawienie wolności na podstawie art. 5 ust. 1 lit. e EKPCz może dotyczyć wyłącznie osób dotkniętych rzeczywistymi zaburzeniami psychicznymi¹⁷. Jednocześnie Trybunał domaga się, aby istnienie tych zaburzeń było wykazane za pomocą obiektywnej ekspertyzy lekarskiej¹⁸. Zakłada się wręcz, że żadne pozbawienie wolności nie może zostać uznane za zgodne z art. 5 ust. 1 lit. e EKPCz, jeżeli zostało przeprowadzone bez uzyskania opinii biegłego lekarza¹⁹. Opinia powinna być wydana przed zatrzymaniem, co nie dotyczy jednak przypadków pilnych oraz konieczności zatrzymania osoby agresywnej, gdzie dopuszcza się opinię następczą.

W orzecznictwie ETPCz zakłada się także, że przymusowa hospitalizacja osoby umysłowo chorej jest możliwa jedynie w przypadku odpowiedniego natężenia zaburzeń psychicznych. Akceptuje się przy tym izolację takiej osoby wówczas, gdy

zainteresowana miała dostęp do sądu i możliwość albo osobistego wysłuchania, albo tam gdzie to niezbędne, przez jakąś formę reprezentacji. Specjalne procedury mogą być ustanowione, aby chronić interesy osób, które ze względu na upośledzenie umysłowe nie są w stanie w pełni reprezentować swoich interesów. W ocenie Trybunału art. 5 ust. 4 ETPCz nie wymaga, aby osoba pozostająca pod opieką ze względu na brak pełni władz umysłowych miała samodzielnie przedsięwziąć kroki w celu uzyskania pomocy prawnej i reprezentacji przed wszczęciem postępowania sądowego. Por. także uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 16 października 2012 r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce, skarga nr 45026/07.

¹⁷ ETPCz zauważa, że pojęcia „osoby umysłowo chorej” nie da się precyzyjnie zdefiniować, jako że psychiatria jest dziedziną ewoluującą zarówno pod względem medycznym, jak i pod względem postaw w społeczeństwie. Nie można jednakże przyjąć – jak się wywodzi – że pojęcie to pozwala na pozbawienie osoby wolności tylko dlatego, że jej poglądy lub zachowanie odbiega od uznanych norm. Tak w uzasadnieniach wyroków ETPCz z dnia 28 października 2003 r. w sprawie Rakevich przeciwko Rosji, skarga nr 58973/00, oraz z dnia 11 grudnia 2008 r. w sprawie Shulepowa przeciwko Rosji, skarga nr 34449/03.

¹⁸ Wymóg uzyskania obiektywnej ekspertyzy nie dotyczy przypadków nagłych. Zob. uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 28 października 2003 r. w sprawie Rakevich przeciwko Rosji, skarga nr 58973/00. Por. wyrok ETPCz z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie Witek przeciwko Polsce, skarga nr 13453/07.

¹⁹ Trybunał przyjmuje jednak, że w sytuacji gdy nie ma innej możliwości, np. wówczas, gdy osoba zainteresowana odmawia stawienia się na badanie, należy uzyskać przynajmniej ocenę biegłego lekarza przeprowadzoną na podstawie karty leczenia pacjenta. Tak w uzasadnieniu wyroku z dnia 11 grudnia 2008 r. w sprawie Shulepowa przeciwko Rosji, skarga nr 34449/03. ETPCz zwraca przy tym uwagę na znaczący udział biegłych w rozstrzyganiu spraw przez sędziów, którzy nie mają stosownej wiedzy medycznej i muszą kierować się opinią biegłego. Por. także uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego (dalej: SN) z dnia 18 lutego 1999 r., I CKN 1019/98, LEX nr 1213433.

potrzebuje ona terapii, podawania leków lub innego leczenia klinicznego, aby wyleczyć lub złagodzić jej stan, jak też wtedy, gdy osoba potrzebuje kontroli i nadzoru, by zapobiec np. skrzywdzeniu samej siebie lub innych osób²⁰. Jednocześnie przyjmuje się, że ingerencja w życie prywatne pacjenta, polegająca na przymusowym zatrzymaniu w szpitalu, ma być proporcjonalna do uzasadnionego prawnie celu, który ma zostać zrealizowany²¹. Trybunał zakłada, że zatrzymanie osoby jest tak dolegliwym środkiem, że stosować go można jedynie wówczas, gdy inne, mniej dolegliwe środki są niewystarczające²².

2.1.2.2. Zgodność z prawem

Pozbawienie wolności osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi musi być – zgodnie z art. 5 ust. 1 EKPCz – przeprowadzone w „trybie ustalonym przez prawo” oraz musi być „zgodne z prawem”. W swych orzeczeniach ETPCz wyjaśnia, że norma ta jest kierowana nie tylko do organów stosujących prawo, oznaczając konieczność zachowania procedur przewidzianych w krajowym porządku prawnym, lecz jej adresatem są także strony Konwencji, które powinny kształtować ów porządek zgodnie z celem art. 5 EKPCz, czyli w taki sposób, by chronił jednostkę przed arbitralnością²³, co wymaga istnienia „rzetelnych i odpowiednich procedur”²⁴. Przyjmuje się, że pozbawienie wolności nie może zostać uznane za „zgodne

²⁰ Z uzasadnienia wyroku ETPCz z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie Hutchison Reid przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 50272/99. Trybunał zwraca przy tym uwagę na humanitarną potrzebę hospitalizacji. W jego ocenie „nie można uznać, iż pozbawienie wolności skarżącego w szpitalu psychiatrycznym obraża sens art. 5 Konwencji. Generalnie rzecz biorąc, to niezatrzymanie osoby chorej psychicznie w odpowiednim środowisku terapeutycznym byłoby nie do przyjęcia”.

²¹ Tak ETPCz w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 marca 2008 r., w sprawie Shtukaturów przeciwko Rosji, skarga nr 44009/05.

²² Tak przyjęto w uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 5 października 2000 r. w sprawie Varbanov przeciwko Bułgarii, skarga nr 31365/96.

²³ Z uzasadnienia wyroku ETPCz z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie Hutchison Reid przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 50272/99. Por. decyzję Europejskiej Komisji Praw Człowieka z dnia 22 października 1997 r. w sprawie Kielczewski przeciwko Polsce, skarga nr 25429/94, gdzie zwraca się uwagę na konieczność uwzględnienia przy badaniu „zgodności z prawem” zatrzymania w placówce psychiatrycznej, poza procedurami przewidzianymi w krajowym porządku prawnym, także tego, by cel zatrzymania był zgodny z art. 5 EKPCz, czyli ochroną jednostki przed arbitralnością. Por. także uzasadnienia wyroków ETPCz: z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie Jończyk przeciwko Polsce, skarga nr 19789/08; z dnia 2 maja 2013 r. w sprawie Petukhova przeciwko Rosji, skarga nr 28796/07 oraz z dnia 28 maja 2013 r. w sprawie Baran przeciwko Polsce, skarga nr 53315/09.

²⁴ Wyrok ETPCz z dnia 29 listopada 2011 r. w sprawie Beiere przeciwko Łotwie, skarga nr 30954/05.

z prawem” w rozumieniu art. 5 ust. 1 EKPCz, jeżeli tryb krajowy nie zapewnia wystarczających gwarancji przeciwko arbitralności²⁵. Akcentuje się przy tym konieczność wąskiej interpretacji wyjątków przewidzianych w art. 5 ust. 1 EKPCz, które mogą zostać wykorzystane dla ograniczenia prawa do wolności²⁶.

2.1.2.3. Prawo do sądu

Na problem arbitralności zatrzymania osoby z zaburzeniami psychicznymi zwraca się uwagę w wielu orzeczeniach²⁷. Ochroną przed arbitralnym pozbawieniem wolności ma być ustanowienie wymogu, by osoba pozbawiona wolności miała prawo do zbadania legalności tego pozbawienia przez sąd²⁸. W wielu orzeczeniach ETPCz, dostrzegając różnice pomiędzy postępowaniem sądowym w rozumieniu art. 5 ust. 4 EKPCz a postępowaniami cywilnymi i karnymi, o których mowa w art. 6 ust. 1 EKPCz, uznaje za niezbędne, aby osoba uczestnicząca w pierwszym z nich miała dostęp do sądu osobiście, lub – gdy to konieczne – przez jakąś formę reprezentacji. Uprawnienia takie zalicza do podstawowych gwarancji procesowych w sprawach o pozbawienie wolności. Zastrzega się przy tym, że choroba psychiczna może pociągnąć za sobą ograniczenie lub modyfikację tego prawa, ale nie może usprawiedliwiać osłabienia jego istoty²⁹. Uznaje się także za niezbędne, aby sędzia miał przynajmniej krótki kontakt wzrokowy z osobą kwestionującą zatrzymanie, a najlepiej, by ją przesłuchał³⁰. Z orzecznictwa ETPCz wynika także, że osoba pozbawiona wolności przez umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinna otrzymać pomoc prawną z uwagi na „ciężar wagi prawa do wolności

²⁵ Tak w uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 16 października 2012 r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce, skarga nr 45026/07.

²⁶ Por. uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 2 maja 2013 r. w sprawie Petukhova przeciwko Rosji, skarga nr 28796/07.

²⁷ Zob. chociażby wyrok ETPCz z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie Jończyk przeciwko Polsce, skarga nr 19789/08.

²⁸ Wyrok ETPCz z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie Hutchison Reid przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 50272/99.

²⁹ Tak w uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 24 października 1979 r. w sprawie Winterwerp przeciwko Holandii, skarga nr 6301/73.

³⁰ Tak ETPCz w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie Shtukaturov przeciwko Rosji, skarga nr 44009/05.

osobistej wraz z istotą dotyczącej ją przypadłości w postaci ograniczonej poczytalności”³¹.

2.1.3. Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych

Omawiając kwestię przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej, nie sposób nie wspomnieć o ratyfikowanej przez Polskę przed kilku laty Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.³². Nie powinno budzić wątpliwości, w świetle art. 1 tej konwencji, że akt ten ma na uwadze także niepełnosprawność będącą efektem choroby psychicznej³³. Celem tej konwencji jest popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności. Z perspektywy prowadzonych badań wśród gwarancji zawartych w tej konwencji największą doniosłość mają: prawo do jednakowej ochrony prawnej osób sprawnych i niepełnosprawnych (art. 5), prawo do wsparcia „w korzystaniu ze zdolności prawnej” (art. 12)³⁴ i równości w dostępie do wymiaru sprawiedliwości (art. 13)³⁵, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 14), zakaz tortur lub okrutnego, niehumanitarnego albo poniżającego traktowania (art. 15) oraz prawo do prywatności, w tym ochrona korespondencji (art. 22).

Zgodnie z treścią art. 14 KPON państwa Strony zapewnią, że osoby niepełnosprawne, na zasadzie równości z innymi osobami będą korzystały z prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego oraz nie będą pozbawiane wolności bezprawnie lub samowolnie, a także, że każde pozbawienie wolności będzie

³¹ Uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 12 maja 1992 r. w sprawie Magyeri przeciwko Niemcom, skarga nr 13770/88. Wyrok ten dotyczy wprowadzie przymusowej hospitalizacji osoby, która popełniła czyn zabroniony przez prawo karne, ale należy uznać, że myśl w nim wyrażona ma charakter bardziej uniwersalny. Por. uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 5 października 2000 r. w sprawie Varbanov przeciwko Bułgarii, skarga nr 31365/96.

³² Dz. U. z 2012 r., poz. 1169, dalej: KPON.

³³ Konwencja do osób niepełnosprawnych zalicza, m.in., „osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność (...) umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów”.

³⁴ W art. 12 ust. 3 KPON jej strony zobowiązują się podjąć odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do wsparcia, którego mogą potrzebować przy korzystaniu ze zdolności prawnej.

³⁵ Mowa jest przy tym o dostępie „skutecznym”. KPON ma na względzie rzeczywistą możliwość korzystania przez osoby niepełnosprawne z dostępu do wymiaru sprawiedliwości.

zgodne z prawem oraz że niepełnosprawność w żadnym przypadku nie będzie uzasadniać pozbawienia wolności. Państwa Strony zapewnią też osobom niepełnosprawnym, które zostaną pozbawione wolności w wyniku jakiegokolwiek postępowania, prawo, na zasadzie równości z innymi osobami, do gwarancji zgodnych z międzynarodowym prawem praw człowieka i traktowanie zgodne z celami i zasadami Konwencji, włączając w to zapewnienie racjonalnych usprawnień.

2.2. Standardy konstytucyjne

Zreferowane wyżej przepisy obu Konwencji znajdują swoje odpowiedniki w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej³⁶. W art. 31 Konstytucji RP ustawodawca deklaruje prawną ochronę wolności, przesądzając, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Zastrzega się przy tym, że ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Artykuł 40 Konstytucji RP stanowi, że nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zgodnie z art. 41 Konstytucji RP każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Każdy pozbawiony wolności nie na podstawie wyroku sądowego ma prawo odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności tego pozbawienia (art. 41 ust. 1 i 2 Konstytucji RP). Każdy pozbawiony wolności powinien być traktowany w sposób humanitarny (art. 41 ust. 4 Konstytucji RP). Z kolei, zgodnie z art. 47 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Artykuł 49 Konstytucji RP stoi natomiast na straży wolności komunikowania się.

³⁶ Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.

Przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie były, jak dotąd, przedmiotem analizy Trybunału Konstytucyjnego (dalej: TK) w badanym obszarze. Kontrolą konstytucyjną objęto jeden tylko z przepisów ustawy – art. 22 ust. 4, lecz orzeczenie TK³⁷ nie dotyczy roztrząsanego problemu. Problem przymusowej obserwacji psychiatrycznej pojawił się natomiast w toku kontroli konstytucyjnej art. 203 k.p.k. W wyroku z dnia 10 lipca 2007 r.³⁸ Trybunał Konstytucyjny uznał, że art. 203 § 1 k.p.k. w zakresie, w jakim nie stwarza wystarczających gwarancji procesowych zapewniających sądową weryfikację zgłoszonej przez biegłych konieczności połączenia badania psychiatrycznego oskarżonego z obserwacją w zakładzie leczniczym, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 30, art. 31 ust. 3 oraz art. 2 Konstytucji RP, jak też, że art. 203 § 2 w zw. z art. 203 § 3 k.p.k. w zakresie, w jakim nie wskazuje maksymalnego czasu trwania obserwacji psychiatrycznej w zakładzie leczniczym, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 30, art. 31 ust. 3 oraz art. 2 Konstytucji RP. W uzasadnieniu tego orzeczenia TK zwraca uwagę na to, że wolność osobista jednostki nie ma wymiaru absolutnego i ustrojodawca w treści art. 41 ust. 1 Konstytucji RP w sposób wyraźny dopuścił możliwość jej ograniczenia, a nawet całkowitego pozbawienia, o ile nastąpi to „na zasadach i w trybie określonych w ustawie”. Zauważa się jednocześnie, że wymóg zachowania formy ustawowej nie jest jedynym ograniczeniem krępującym swobodę prawodawcy w zawężaniu możliwości korzystania przez jednostkę z jej wolności osobistej. Pozostałe przesłanki ustanawiania dopuszczalnych ograniczeń tej wolności wskazuje art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którym ograniczenia

³⁷ W wyroku z dnia 11 października 2011 r., K 16/10, Dz. U. z 2011 r. Nr 240, poz. 1436, TK orzekł, że „art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (...) w części zawierającej zwrot <<powyżej 16 roku życia>>, art. 32 ust. 5, art. 32 ust. 6 w części zawierającej zwrot <<który ukończył 16 lat>>, art. 34 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (...), art. 17 ust. 1 w części zawierającej zwrot <<w tym małoletni, który ukończył 16 lat>> oraz art. 17 ust. 3 w części zawierającej zwrot <<który ukończył 16 lat>> ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (...) – są zgodne z art. 41 ust. 1 w związku z art. 48 ust. 1 zdanie drugie, art. 72 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i art. 12 ust. 1 Konwencji o prawach dziecka (...), a także z art. 47 w związku z art. 48 ust. 1 zdanie drugie, art. 72 ust. 3 Konstytucji i art. 12 ust. 1 Konwencji o prawach dziecka”. Przepisy te zostały zaskarżone przez Rzecznika Praw Obywatelskich, w ocenie którego nie wytrzymują one konfrontacji ze standardami konstytucyjnymi ochrony wolności oraz prawa jednostki do dysponowania swoją osobą. W jego ocenie uregulowane zaskarżonymi przepisami zasady wyrażania zgody na leczenie przez osoby małoletnie nie respektują autonomii pacjenta, który nie ukończył jeszcze 16 lat, ignorując jego rzeczywiste rozeznanie co do swego stanu zdrowia i procesu leczenia. Zdaniem Rzecznika dzieci powinny współdecydować – wcześniej i w stopniu odpowiednim do wieku – o realizacji przysługujących im, jako pacjentom, praw.

³⁸ Wyrok TK z dnia 10 lipca 2007 r., SK 50/06, OTK-A 2007, nr 7, poz. 75.

w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób, a ponadto nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

W uzasadnieniu wyroku zakwestionowany przepis zestawia się z regulacją zawartą w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, zwracając uwagę na znaczną dysproporcję w długości terminu przymusowej obserwacji w art. 24 ustawy i art. 203 § 1 k.p.k., gdzie termin ten jest ponad czterokrotnie dłuższy i może być dodatkowo przedłużony na dalszy okres³⁹. Akcentuje się także dolegliwość izolacji w warunkach szpitalnych, zwracając uwagę na to, że pobyt w zakładzie zamkniętym może mieć negatywne konsekwencje dla psychiki „osadzonych”, a ponadto nieodwracalne skutki dla ich sytuacji zawodowej, chociażby w postaci utraty pracy. Trybunał Konstytucyjny zwraca też uwagę na odczucia osobiste i na odbiór społeczny osoby poddawanej badaniu, połączonemu z obserwacją w zakładzie leczniczym.

³⁹ W pierwotnym brzmieniu art. 203 § 3 k.p.k. obserwacja w zakładzie leczniczym nie powinna trwać dłużej niż 6 tygodni, lecz na wniosek zakładu sąd mógł ją przedłużyć na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji. Trybunał Konstytucyjny zakwestionował ten przepis przede wszystkim z uwagi na jego nieokreśloność, a ściślej – brak czasowym ram obserwacji psychiatrycznej. W obecnym stanie prawnym termin obserwacji wynosi 4 tygodnie i może zostać przedłużony, ale łączny czas trwania obserwacji nie może przekroczyć 8 tygodni (art. 203 § 3 k.p.k.). Jak widać, w dalszym ciągu termin ten jest zdecydowanie dłuższy od terminu z art. 24 ustawy.

3. Przymusowa hospitalizacja w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego

Przesłanki przymusowej hospitalizacji (obserwacji) psychiatrycznej osób wykazujących zaburzenia psychiczne, jak też reguły postępowania w tym przedmiocie, zostały zawarte w prawie polskim przede wszystkim⁴⁰ w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Ustawa ta, uchwalona dnia 19 sierpnia 1994 r., a obowiązująca od 21 stycznia 1995 r., stanowi zwieńczenie prac legislacyjnych rozpoczętych jeszcze przed drugą wojną światową⁴¹ i zawiera pierwszą w naszym prawie kompleksową regulację przymusowego leczenia osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi⁴².

Z art. 22 ustawy jasno wynika, że – co do zasady – przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą, zaś w pewnych sytuacjach za zgodą jej przedstawiciela ustawowego⁴³ albo równoczesną zgodą pacjenta i przedstawiciela ustawowego⁴⁴. Ustawodawca przewiduje jednak możliwość leczenia osób chorych psychicznie oraz czasowej obserwacji osób wykazujących zaburzenia psychiczne⁴⁵ bez ich zgody, mając na względzie to, że osoby te mogą stanowić zagrożenie dla siebie i swego otoczenia. Przymusowa hospitalizacja jest w pewnych przypadkach wynikiem potrzeby izolacji takich osób. W głównej mierze jednak⁴⁶ przymusowe leczenie psychiatryczne jest

⁴⁰ Odrębne reguły w tym przedmiocie przewidziano w kodeksie postępowania karnego dla osób oskarżonych o popełnienie przestępstwa. Zob. art. 203 k.p.k.

⁴¹ Bliżej w tym przedmiocie: S. Dąbrowski, L. Kubicki, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*, Warszawa 1995, s. 6 i nast.; S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997, s. 15 i nast.

⁴² Nie licząc regulacji penalnych.

⁴³ Co dotyczy osób małoletnich i ubezwłasnowolnionych całkowicie (art. 22 ust. 3 ustawy). Jeśli jednak osoba taka nie pozostaje pod władzą rodzicielską, ustawodawca – obok zgody przedstawiciela ustawowego – wymaga zgody sądu opiekuńczego (art. 22 ust. 5 ustawy).

⁴⁴ Co dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody (art. 22 ust. 4 ustawy). Bliżej w przedmiocie zgody: B. Janiszewska, *Zadania sądu opiekuńczego w świetle przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Rodzina i Prawo” 2008, nr 9–10, s. 38 i nast.; B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013.

⁴⁵ Bliżej na temat funkcji przymusowej hospitalizacji B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie...*, s. 137 i nast.

⁴⁶ Dowodem czego jest preambuła do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz art. 2 ustawy. Dominacja interesu pacjenta nad interesem społecznym jest akcentowana w orzecznictwie ETPCz.

wyrazem troski o chorego. Mamy bowiem świadomość tego, że choroba psychiczna niejednokrotnie uniemożliwia osobie nią dotkniętej podjęcie racjonalnej decyzji co do sposobu postępowania ze swoim schorzeniem. Co więcej, ustawodawca musi się liczyć z tym, że osoba dotknięta zaburzeniami psychicznymi nie zawsze jest w stanie wyrazić zgodę na hospitalizację i leczenie, która – jak wynika z art. 3 pkt 4 ustawy⁴⁷ – wymaga pewnych minimalnych predyspozycji intelektualnych, których wielu pacjentów psychiatrycznych jest pozbawionych⁴⁸.

Licząc się z tym, że przymusowe „osadzenie” w zakładzie zamkniętym⁴⁹ stanowi wkroczenie w sferę dóbr osobistych jednostki, ingerencję w jej wolność i prywatność, przyczyny takiej reakcji są ściśle limitowane⁵⁰. Ustawodawca nie ogranicza się przy tym do określenia przesłanek zezwalających na izolację pacjenta, ale precyzuje ściśle zasady postępowania, które legalizują rzeczoną ingerencję. Trzeba mieć bowiem świadomość tego, że skuteczność ochrony wynika nie tylko z określonych przesłanek zastosowania środków przymusu, lecz także z gwarancji kontroli stosowania tych środków. W przypadkach będących przedmiotem niniejszych badań chodzi zarówno o własną kontrolę personelu medycznego, jak i (przede wszystkim) kontrolę sądową. Prowadzone badania aktowe mają na celu m.in. ustalenie, czy kontrola ta nie jest iluzoryczna, czy zatem omawiane gwarancje nie mają charakteru fasadowego⁵¹.

⁴⁷ Chodzi o zgodę wyrażoną swobodnie i świadomie. Mówiąc o zgodzie, ustawodawca ma na myśli „swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”. Definicja zgody zawarta w art. 3 pkt 4 ustawy odpowiada wzorcom wypracowanym na tle orzecznictwa ETPCz. Zob. uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 16 października 2012 r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce, skarga nr 45026/07.

⁴⁸ Z tego powodu przyjęcie do szpitala osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia (art. 22 ust. 2 ustawy) następuje po uzyskaniu zgody zastępczej. Zgodę taką wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Co więcej, w przypadkach nagłych osoba taka może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego (art. 22 ust. 2a ustawy).

⁴⁹ A ściślej w szpitalu psychiatrycznym, oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym, klinice psychiatrycznej, w sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową (zob. art. 3 pkt 2 ustawy).

⁵⁰ Por. B. Janiszewska, *Zadania sądu opiekuńczego...*, s. 41–42.

⁵¹ Na ryzyko takie zwraca się uwagę w doktrynie prawa konstytucyjnego. Zob. L. Bosek, *Głosa do wyroku TK z dnia 26 maja 2008 r., SK 25/07, „Przegląd Sejmowy” 2008, nr 6, s. 242–250.*

W orzecznictwie SN podkreśla się, że w ocenie stosowania rozwiązań przyjętych w art. 23, 24 i 29 ustawy należy mieć na względzie fundamentalne założenia tej ustawy, wyrażone w preambule, w przepisach ogólnych oraz licznych przepisach szczególnych, z których wynika, że jednoznaczną intencją ustawodawcy było zagwarantowanie osobom z zaburzeniami psychicznymi ochrony ich praw oraz poszanowania sfery ich wolności i godności osobistej. Akcentuje się przy tym konieczność ścisłej wykładni tych przepisów oraz uwzględnienia dobra i interesu osoby, której dotyczy rozstrzygnięcie⁵². Zakłada się jednocześnie, że hospitalizacja psychiatryczna to ostateczność i należy ją stosować dopiero wówczas, gdy nie można pomóc osobie z zaburzeniami psychicznymi w inny sposób⁵³.

⁵² Z uzasadnienia postanowienia SN z dnia 16 kwietnia 2009 r., I CSK 402/08, LEX nr 560512.

⁵³ Dyrektywę taką wyraża art. 12 ustawy, zgodnie z którym przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. Por. M. Balicki, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 40. Zob. także J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2009, s. 150. T. Cysek i Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy...*, s. 97, zaliczają „zasadę najmniejszej uciążliwości” do najważniejszych zasad ochrony pacjenta.

4. Hospitalizacja i obserwacja psychiatryczna w trybie nagłym

4.1. Przesłanki hospitalizacji i obserwacji w trybie nagłym

Artykuły 23 i 24 ustawy regulują przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym. Przy czym, pierwszy z nich dotyczy hospitalizacji, a drugi obserwacji w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby zainteresowanej. Przymusową obserwację psychiatryczną można stosować wobec osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych⁵⁴ zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. Wówczas może być ona przyjęta do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy. Przy czym, jej pobyt w szpitalu w tym trybie nie może trwać dłużej niż 10 dni. Samo przyjęcie do szpitala odbywa się na zasadach i w trybie określonym w art. 23 ustawy.

Zgodnie z art. 23 ustawy osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz jest przy tym obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach, zaś przyjęcie do szpitala wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia oraz powiadomienia sądu opiekuńczego przez kierownika szpitala w ciągu 72 godzin od tej samej chwili. Właściwy jest sąd miejsca siedziby szpitala. Czynności te, jak się jeszcze zastrzega, powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej.

⁵⁴ W literaturze przedmiotu słusznie zwraca się uwagę na to, że chodzi tu o podejrzenie istnienia tych zaburzeń, uzasadnione dotychczasowym zachowaniem się pacjenta, nie zaś o ich rzeczywiste istnienie. B. Janiszewska, *Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji (Zagadnienie prawne)*, MoP 2013, nr 3, s. 159. Por. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 16 marca 2012 r., IV CSK 373/11, LEX nr 1169841.

Artykuł 23 ustawy ma zastosowanie nie tylko w sytuacji, w której pacjent został przyjęty w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego (dowieziony został przez pogotowie, policję, straż miejską itd.), lecz także w razie konieczności zatrzymania w szpitalu osoby już tam przyjętej, która wycofała udzieloną uprzednio zgodę na leczenie⁵⁵ oraz w stosunku do osoby, która zgody udzielić nie może⁵⁶. Przepis ten ma zastosowanie również w razie stwierdzenia w toku postępowania toczącego się na podstawie art. 29 ustawy, że pacjent wskutek choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób⁵⁷.

Rozwiązanie przyjęte w art. 23 ustawy dotyczy wyłącznie osób chorych psychicznie. Ustawodawca nie definiuje precyzyjnie pojęcia choroby psychicznej, ograniczając się do wskazania, że chodzi o osobę wykazującą zaburzenia psychotyczne (art. 3 pkt 1 lit. a ustawy). Nie wdając się w tym miejscu bliżej w analizę tego zagadnienia, które jest domeną nauk medycznych⁵⁸, trzeba stwierdzić, że nie każde zaburzenia czynności psychicznych mogą być kwalifikowane jako choroba psychiczna. Wynika to wprost z art. 3 pkt 1 ustawy, który określa „osoby z zaburzeniami psychicznymi” odnosi do osób chorych psychicznie, upośledzonych umysłowo lub „wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych”. Jeśli zatem istnieją wątpliwości co do tego, czy osoba wykazująca zaburzenia psychiczne jest dotknięta chorobą psychiczną, a osoba ta zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, to można zatrzymać ją w szpitalu psychiatrycznym bez wymaganej zgody wyłącznie w celu obserwacji w trybie art. 24 ustawy „w celu

⁵⁵ Co wynika z art. 28 ustawy, który każe stosować odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2–5 oraz art. 25–27 ustawy do osoby przyjętej do szpitala za zgodą wymaganą w art. 22 ustawy, która zgodę tę cofnęła, a jej zachowanie wskazuje na to, że zagraża ona bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

⁵⁶ Zgodnie z art. 22 ust. 2c ustawy przymusową hospitalizację można stosować wobec osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, która swoim zachowaniem wypełnia znamiona art. 23 ust. 1 ustawy, ale jest niezdolna do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia, a jednocześnie sprzeciwia się przyjęciu do szpitala. W tym przypadku odesłanie dotyczy art. 23 ust. 3–5 oraz art. 25–27 ustawy. Por. B. Janiszewska, *Zadania sądu opiekuńczego...*, s. 43.

⁵⁷ W art. 31 ustawy ustawodawca odsyła wyłącznie do art. 23. To odesłanie ma inny wymiar niż w dwóch poprzednich przepisach, bo ustawodawca nie każe tego przepisu stosować odpowiednio, a do tego chodzi o sytuację, w której pacjent nie jest „osadzony” w szpitalu psychiatrycznym. Rozwiązanie to pozwala sądowni na orzeczenie o potrzebie przyjęcia chorego do szpitala bez względu na to, czy z wnioskiem wystąpiła osoba legitymowana do jego wniesienia.

⁵⁸ Bliżej w tym przedmiocie: S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007, nr 3, s. 299 i nast.

wyjaśnienia tych wątpliwości”⁵⁹. W tym wyraża się zasadnicza różnica pomiędzy materialnoprawnymi przesłankami zastosowania obu przepisów.

Rozbieżność – co warto odnotować – istnieje także w skutkach obu instytucji: jedynie obserwacja psychiatryczna jest ograniczona czasowo, bo pobyt w szpitalu w tym celu nie może trwać dłużej niż 10 dni. Ustawodawca nie rozstrzyga natomiast o długości przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej. Różny jest także cel obu omawianych rozwiązań: o ile zatrzymanie w trybie art. 24 ustawy ma głównie na względzie konieczność diagnozy stanu psychicznego osoby wykazującej zaburzenia psychiczne, o tyle izolacja w trybie art. 23 ustawy jest powodowana przede wszystkim koniecznością leczenia chorego.

Poza kwestią stanu psychicznego pacjenta pozostałe przesłanki zastosowania obu omawianych przepisów są ze sobą zbieżne. Pozbawienie wolności w trybie art. 23 i 24 ustawy może być stosowane wyłącznie do osób, które z powodu zaburzeń psychicznych/choroby psychicznej zagrażają własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O istnieniu tego niebezpieczeństwa ma przesądzać dotychczasowe zachowanie pacjenta. Trzeba przy tym podkreślić, że katalog dóbr zagrożonych przez tę osobę ma charakter zamknięty. W szczególności, podstawy do przymusowej hospitalizacji albo obserwacji nie stanowi zagrożenie własnego zdrowia pacjenta, bo prowadziłoby to do nieograniczonej niczym możliwości izolacji szpitalnej, z powołaniem się na zagrożenie zdrowia psychicznego⁶⁰.

Ostatnią przesłanką zastosowania obu omawianych rozwiązań, determinującą ich rację bytu, jest brak zgody na zamknięcie w szpitalu psychiatrycznym. Chodzi o brak zgody wymaganej przez art. 22 ustawy, a zatem pisemnej zgody wyrażonej przez osobę/osoby uprawnione do tego w świetle tego przepisu⁶¹. Istnienie takiej zgody albo uzyskanie jej w toku postępowania przekreśla możliwość orzekania na podstawie art. 23 lub art. 24 ustawy.

Postępowanie wszczęte na podstawie art. 25 ustawy i zakończone orzeczeniem wydanym w oparciu o art. 23 lub art. 24 ustawy ma na celu zbadanie legalności

⁵⁹ Bliżej w przedmiocie przymusowej obserwacji psychiatrycznej B. Janiszewska, *Podmiotowe uwarunkowania...*, s. 158 i nast.

⁶⁰ Por. B. Janiszewska, *Zadania sądu opiekuńczego...*, s. 44.

⁶¹ Bliżej na ten temat w pkt 4 niniejszego opracowania.

przyjęcia i przebywania w szpitalu osoby z zaburzeniami psychicznymi, która nie wyraziła na to zgody. Kontrola ta dotyczy zarówno sposobu postępowania (art. 23 ust. 2–5, art. 24 ust. 2 ustawy), jak i przesłanek materialnoprawnych (art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1 ustawy)⁶². Wydane w tym trybie orzeczenie legalizuje wkroczenie w sferę dóbr osobistych pacjenta. Z tego punktu widzenia przymusowa hospitalizacja jest legalna tylko wtedy, gdy zostanie zatwierdzona przez sąd w trybie przewidzianym w art. 23 i nast. ustawy. Brak takiego rozstrzygnięcia albo odmowa zatwierdzenia zatrzymania osoby w szpitalu psychiatrycznym są równoznaczne z bezprawnością działania szpitala⁶³. Dodać trzeba, że prawomocne orzeczenia w tym przedmiocie, zarówno zatwierdzające, jak i odmawiające zatwierdzenia zatrzymania pacjenta, wiążą inne sądy⁶⁴. Okoliczność ta ma szczególną doniosłość w przypadku późniejszych sporów związanych z hospitalizacją, np. w sprawach o zadośćuczynienie na podstawie art. 445 k.c.

4.2. Decyzja o przyjęciu do szpitala

4.2.1. Wszczęcie postępowania legalizującego pozbawienie pacjenta wolności

Zarówno w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala bez zgody wymaganej przez art. 22 ustawy w celu leczenia (art. 23 ustawy) lub obserwacji (art. 24 ustawy), jak i w przypadku zatrzymania w szpitalu pacjenta, który zgodę wycofał (art. 28 ustawy), szpital psychiatryczny powinien uruchomić procedurę legalizacji tej czynności. Mamy tu do czynienia ze specyficznym rodzajem postępowania, w którym rola sądu sprowadza się do kontroli decyzji podejmowanych przez lekarzy. O tym bowiem, czy zachodzą przesłanki z art. 23 lub art. 24 ustawy „postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa”.

⁶² Z uzasadnienia postanowienia SN z 16 marca 2012 r., IV CSK 373/11.

⁶³ Co nie jest równoznaczne z winą. Por. uzasadnienia wyroków SN z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 148/13, LEX nr 1523346 i Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 lutego 2015 r., I ACa 1681/14, LEX nr 1668609. Por. także uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 28 maja 2013 r. w sprawie Baran przeciwko Polsce, skarga nr 53315/09.

⁶⁴ Por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 października 2013 r., I ACa 703/13, LEX nr 1381593.

Ustawodawca o tym nie przesądza, ale należy zakładać, że chodzi o lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii⁶⁵. Tylko specjalista psychiatra jest w stanie ocenić trafnie stan psychiczny pacjenta. To, że chodzi o psychiatrę, wynika pośrednio z art. 23 ust. 2 ustawy, gdzie mowa o opinii „drugiego lekarza psychiatrii”.

W niemal wszystkich zbadanych sprawach o przymusową hospitalizację wskazano nazwisko osoby podejmującej decyzję o przyjęciu/zatrzymaniu pacjenta. Nie zawsze nazwisko to opatrzone odpowiednią funkcją. Nie sposób więc zorientować się, czy chodzi o lekarza. Można tak jednak zakładać, bo szpitale posługują się formularzami (w większości zgodnymi z rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁶⁶), w którym przewidziano miejsce na „Imię i nazwisko lekarza decydującego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego lub zatrzymaniu w tym szpitalu bez zgody” (pkt 2 formularza), „imię i nazwisko innego lekarza lub psychologa uczestniczącego w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego”, jak też „Imię i nazwisko ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), zatwierdzającego przyjęcie” (pkt 4). Nawet, gdy szpital posługiwał się innym formularzem, to istniały w nim wymienione pozycje. Niejednokrotnie zresztą przy nazwisku lekarza pojawiały się wzmianki, które pozwalają na przyjęcie, że decyzję podejmował lekarz, a w niektórych przypadkach – lekarz psychiatra. Przy nazwiskach pojawiały się takie oznaczenia, jak „dr”, czy „lek.”, „lekarz” albo „psychiatra”. Jedynie w dwóch przypadkach w sprawach o przymusową hospitalizację nie wskazano nazwiska osoby podejmującej decyzję o przyjęciu. Przypadek taki nie zdarzył się w sprawach o przymusową obserwację.

4.2.2. Zatwierdzenie decyzji lekarza

Oznaczenie osoby podejmującej decyzję o zatrzymaniu pacjenta w szpitalu bez jego zgody ma znaczenie dla oceny legalności tej czynności, skoro to decyzja lekarza ma być podstawą „osadzenia” pacjenta w szpitalu. Nie wystarczy przy tym wskazanie, że decyzję podjął lekarz, bo trzeba się jednocześnie upewnić, że była to inna osoba niż ta, która zatwierdziła owo zatrzymanie. Zatwierdzenia takiego

⁶⁵ Tak też J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 135.

⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. poz. 854), dalej: r.s.s.p.

domaga się ustawodawca w art. 23 ust. 4 ustawy, a ma go dokonać kierownik szpitala w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Bez wątplenia nie może to być ta sama osoba, która decydowała lub współdecydowała o przyjęciu. W przeciwnym razie nie może być mowy o zatwierdzeniu.

W przebadanych sprawach trudno zorientować się, czy istotnie zatwierdzenia dokonał „kierownik szpitala” (w praktyce ordynator czy lekarz kierujący oddziałem), bo z zawiadomień to nie wynika. W wielu przypadkach jest to zresztą wątpliwe, bo w formularzach pochodzących z tego samego szpitala nazwiska lekarza decydującego o przyjęciu i kierownika szpitala pojawiają się naprzemiennie w rubrykach 2 i 4; świadczy o tym także różnorodność nazwisk pojawiających się w polu (rubryka 4) przeznaczonym na decyzję ordynatora. W nielicznych jedynie przypadkach wskazuje się na funkcję tej osoby, np. „ordynator”.

W sprawach rozpoznawanych w trybie art. 24 ustawy nie było przypadku, w którym brakowałoby nazwiska osoby zatwierdzającej przyjęcie. Sytuacja taka pojawiła się natomiast w 9 sprawach rozpoznawanych w trybie art. 23 ustawy, gdzie rubryka 4 pozostawała pusta.

Decyzja o przyjęciu powinna być zatwierdzona przez ordynatora w ciągu 48 godzin od przyjęcia. W niewielu sprawach można się było łatwo przekonać o tym, czy termin ten został dochowany, bo w druku zawiadomienia nie ma miejsca na datę i godzinę tej czynności, a tylko nieliczne szpitale odnotowują te dane przy nazwisku ordynatora (lekarza kierującego oddziałem).

We wszystkich sprawach rozpoznawanych w trybie art. 24 ustawy, w których oznaczono datę i godzinę zatwierdzenia (12 spraw na 40 zbadanych), przewidziany przez ustawodawcę termin nie został przekroczony⁶⁷. W niektórych sprawach o zachowaniu terminu można się było przekonać pośrednio, bo wiele zawiadomień dotarło do sądu przed upływem 48 godzin od daty zatrzymania pacjenta; siłą rzeczy, zatwierdzenie zatrzymania przez ordynatora musiałyby być w tych sprawach w terminie⁶⁸.

⁶⁷ Średnio czynność ta zajmowała 22 godziny.

⁶⁸ Taki stan rzeczy miał miejsce w 10 sprawach.

W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy średnio zatwierdzenie decyzji lekarza przyjmującego przez ordynatora następowało po upływie niespełna 15 godzin. Należy mieć jednak na uwadze to, że tylko w 19 przypadkach można było to ustalić, bo w pozostałych brak daty i godziny (lub jednego i drugiego) zatwierdzenia. Także w tych sprawach, w przypadkach, gdzie oznaczono datę i godzinę zatwierdzenia, nie przekroczone terminu przewidzianego przez ustawodawcę. Zresztą taki stan rzeczy musiał mieć miejsce w większości spraw, bo w większości przypadków od daty zatrzymania do daty zawiadomienia sądu nie upłynęło 48 godzin.

4.2.3. Konsultacja decyzji z innym lekarzem psychiatrą lub psychologiem

W przebadanych sprawach lekarz podejmujący decyzję nie konsultował jej na ogół z innym psychiatrą ani z psychologiem. Wprawdzie nie musi to stanowić o nielegalności działania lekarza, bo konsultacja nie jest obowiązkowa⁶⁹, a odmienny pogląd konsultanta nie wiąże lekarza, ale nie sposób nie zauważyć, że ustawodawca przewiduje tego rodzaju rozwiązanie, które należy stosować „w miarę możliwości”. Jest rzeczą jasną, że nie zawsze istnieje możliwość zabezpieczenia obecności innego lekarza w szpitalu czy oddziale, zwłaszcza nocą, ale nie powinno to być regułą. Tymczasem, w praktyce konsultacji nie przeprowadza się, a jeśli się to czyni, to nie znajduje to odzwierciedlenia w formularzu zawiadomienia kierowanym do sądu.

Na 180 spraw toczących się w trybie art. 23 ustawy tylko w 12 zasięgnięto takiej opinii. Wynik ten niepokoi, skoro zalecenie ustawodawcy wykonano w niespełna 7% spraw. Trudno powiedzieć, czy problem ma charakter ogólnopolski: owych 12 przypadków pojawiło się w sprawach pięciu różnych sądów, w tym we wszystkich (czyli w dwóch) zbadanych sprawach Sądu Rejonowego w Kołobrzegu oraz w sześciu na siedem zbadanych spraw Sądu Rejonowego Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu⁷⁰.

⁶⁹ Odmiennie zapatrywanie prezentuje, jak się zdaje, J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 134–135.

⁷⁰ Dwa takie przypadki pojawiły się w sprawach Sądu Rejonowego w Złotorzy i Kołobrzegu, i po jednym – w sprawach sądów w Radzynie Podlaskim i w Szczecinku.

W sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy, w których tym bardziej można by było oczekiwać tego rodzaju konsultacji⁷¹, tylko w jednym przypadku zasięgnięto opinii innego lekarza⁷². W jednej ze spraw odnotowano „brak w chwili przyjęcia innego lekarza w oddziale”⁷³. Zresztą w sprawie tej w rubryce „Imię i nazwisko ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) zatwierdzającego przyjęcie” figuruje to samo nazwisko jak nazwisko lekarza decydującego o przyjęciu, co oznacza, że nie wypełniono warunków z art. 23 ust. 4 ustawy⁷⁴.

4.2.4. Zawiadomienie sądu

4.2.4.1. Termin zawiadomienia

Zgodnie z art. 23 ust. 4 zd. 2 ustawy kierownik szpitala zawiadamia o przyjęciu pacjenta bez jego zgody sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia⁷⁵. Nie we wszystkich zbadanych sprawach okoliczność tę dało się to ustalić.

W sprawach o przymusową obserwację informacje pozwalające ustalić terminowość zawiadomienia sądu istniały jedynie w 20 sprawach (na 31 zbadanych). Średnio od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do chwili zawiadomienia sądu upłynęło 57 godzin. Aż w siedmiu sprawach zawiadomienie nastąpiło po terminie, przy czym w jednym przypadku pismo dotarło do sądu po upływie blisko 117 godzin (prawie pięć dni).

⁷¹ Z racji na różnorodność „zaburzeń psychicznych” i ich niejasną niejednokrotnie etiologię.

⁷² Sprawa III RNs 138/14 Sądu Rejonowego w Kołobrzegu.

⁷³ Sprawa III RNs 267/14 Sądu Rejonowego w Radzynie Podlaskim.

⁷⁴ W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy przypadków takich jest więcej, bo sytuacja taka miała miejsce aż w 14 sprawach, co stanowi 0,077% wszystkich przebadanych spraw toczących się w tym trybie. Chodzi o cztery sprawy Sądu Rejonowego w Bolesławcu (III RNs 672/14 i III RNs 679/14, III RNs 643/14, III RNs 679/14), sześć spraw Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim (III RNs 325/14, III RNs 292/14, III RNs 345/14, III RNs 360/14, III RNs 246/14, III RNs 318/14), jedną sprawę Sądu Rejonowego w Gliwicach (V RNs 170/14), dwie sprawy Sądu Rejonowego w Radzynie (III RNs 71/14 i III RNs 92/14) i jedną sprawę Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim (III RNs 621/14).

⁷⁵ Terminy przewidziane w art. 23 ust. 4 ustawy są zsynchronizowane z czynnościami sędziego wizytującego szpital zgodnie z art. 45 ust. 2 ustawy. S. Dąbrowski, L. Kubicki, *Ustawa o ochronie...*, s. 43.

W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy średni czas zawiadomienia sądu wynosił 58 godzin. Dane pozwalające ustalić terminowość tej czynności znajdowały się w 118 zbadanych sprawach. W 15 przypadkach zawiadomienie nastąpiło z uchybieniem ustawowego terminu, w tym w dwóch sprawach opóźnienie wyniosło ponad 1000 godzin (przeszło 40 dni!).

W obu rodzajach spraw z akt nie wynika, skąd wzięto się opóźnienie.

4.2.4.2. Forma zawiadomienia

Zawiadomienie sądu powinno nastąpić na piśmie, a ściślej – na druku przewidzianym przez prawodawcę⁷⁶.

Wzór zawiadomienia stanowi [załącznik nr 6](#) do niniejszego opracowania.

Nie zmienia to jednak faktu, że sąd może, a nawet powinien wszcząć postępowanie, gdy dowie się o przyjęciu pacjenta (choćby wizytując szpital), a fakt ten nie zostanie zgłoszony na piśmie. Od razu trzeba zastrzec, że w każdej z przebadanych spraw o przyjęcie do szpitala w trybie pilnym znajdowało się pismo informujące o przyjęciu/zatrzymaniu pacjenta, choć nie zawsze na formularzu przewidzianym w rozporządzeniu. W wielu sprawach stosowano inne, choć bardzo podobne formularze.

Nie zawsze można ustalić, w jaki sposób zawiadomienie znalazło się w sądzie. Wszystko wskazuje na to, że szpitale mają z sądami rodzinnymi wypracowane własne praktyki postępowania w tej kwestii. W wielu przypadkach w aktach sprawy znajduje się zawiadomienie, które nie jest w żaden sposób ostemplowane (albo zostało wręczone sędziemu w szpitalu albo przesłane mailem). W tym zakresie pochwalić należy wszystkie metody, które pozwalają na zawiadomienie sądu z zachowaniem ustawowego terminu⁷⁷.

⁷⁶ Zob. art. 49 ustawy oraz wydane na jego podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

⁷⁷ W tym samym duchu T. Cysek, Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy...*, s. 100, zdaniem których „zawiadomienie sądu opiekuńczego może nastąpić także faxem, byleby zawierało konieczne elementy”.

Z 13 na 31 spraw o przyjęcie na obserwację w szpitalu psychiatrycznym sąd został zawiadomiony faksem (ponad 40% zbadanych spraw). W przypadku spraw o przyjęcie na przymusową hospitalizację z takiej drogi powiadomienia sądu skorzystano w 109 przypadkach (na 179 zbadanych, co daje ponad 60%), przy czym w ośmiu przypadkach w aktach sprawy jest zarówno faks, jak i podpisany formularz.

4.2.4.3. Treść zawiadomienia

W świetle art. 23 i 24 ustawy do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym może być przyjęta wyłącznie osoba, która (z powodu choroby psychicznej albo zaburzeń psychicznych) zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. To, z którą z tych sytuacji mamy do czynienia, powinno być odnotowane w zawiadomieniu kierowanym do sądu. Obowiązek wskazania (oznaczenia) właściwej przyczyny wynika z § 6 ust. 1 r.s.s.p.⁷⁸. Zresztą, w formularzu stanowiącym załącznik nr 3 do tego rozporządzenia przewidziano możliwość zaznaczenia dwóch⁷⁹ opcji: „Zagraża bezpośrednio 1) swojemu życiu, 2) życiu lub zdrowiu innych osób”, z dopiskiem „odpowiednie zakreślić”.

Nie we wszystkich zbadanych sprawach formularz został w tym miejscu wypełniony. W 44 sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy (czyli w prawie co czwartej) nie zaznaczono nic⁸⁰. Podobna sytuacja miała miejsce w trzech sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy (9,6% wszystkich zbadanych spraw).

Tam, gdzie wypełniono pkt 3 formularza, przyczynę zawiadomienia sądu oznaczono w sposób następujący:

- w 52 sprawach o przymusową hospitalizację wskazano, że pacjent zagraża bezpośrednio życiu lub zdrowiu innych osób (ponad 38% spraw, w których

⁷⁸ Zgodnie z treścią tego przepisu kierownik podmiotu leczniczego zawiadamia sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi – bez jej zgody – wskazując, że zachowanie tej osoby zagraża bezpośrednio jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób lub że zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 22 ust. 2a lub ust. 5 ustawy.

⁷⁹ Co daje trzy możliwości, bo można zaznaczyć obie odpowiedzi.

⁸⁰ Względnie faks zawiadomienia jest na tyle nieczytelny, że nie pozwala tego ustalić.

znalazło się wskazanie), w 43 sprawach zaznaczono, że pacjent zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (blisko 32% spraw, w których formularz został w tej części wypełniony), a w 41 sprawach oznaczono, że pacjent zagraża bezpośrednio własnemu życiu (30% wśród zaznaczonych);

- w 13 sprawach o przymusową obserwację oznaczono, że pacjent zagraża bezpośrednio własnemu życiu (ponad 46% spraw, w których ryzyko oznaczono), w dziewięciu przypadkach, że zagraża bezpośrednio życiu lub zdrowiu innych osób (ponad 32% spraw, w których formularz został w tej części wypełniony) i w sześciu przypadkach, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (ponad 21% spraw z oznaczonym ryzykiem).

Jak widać, w sprawach o przymusową obserwację (art. 24 ustawy) dominuje zagrożenie życia własnego⁸¹, zaś podstawową przyczyną przymusowej hospitalizacji (art. 23 ustawy) jest zagrożenie dla otoczenia.

4.2.4.4. Przyczyna zatrzymania pacjenta

W druku zawiadomienia kierowanego do sądu przewidziano rubrykę na uzasadnienie decyzji o przyjęciu. Precyzyjny odpis przyczyny przyjęcia z całą pewnością ułatwia wyjaśnienie sprawy, skoro przedmiotem oceny jest „dotychczasowe zachowanie” pacjenta⁸². W zbadanych aktach nie ma w tym zakresie jednolitej praktyki. Część zawiadomień zawierała bardzo precyzyjny opis sytuacji pacjenta, która stała się przyczynkiem jego przyjęcia do szpitala (zatrzymania w szpitalu), jak też stanu jego zdrowia, zbliżony wręcz do opinii biegłego⁸³. W niektórych przypadkach informacja była bardzo zdawkowa, często

⁸¹ Czego chyba należało się spodziewać, bo przymusową obserwację psychiatryczną stosuje się bardzo często w stosunku do osób podejmujących próby samobójcze.

⁸² Por. L. Paprzycki, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Wprowadzenie*, Kraków 1996, s. 38.

⁸³ Praktykę taką stosuje szpital psychiatryczny znajdujący się w okręgu Sądu Rejonowego w Gliwicach. W jednej ze spraw tego sądu przyczynę przyjęcia opisuje się w sposób następujący: „56-letni pacjent od wielu lat leczony psychiatrycznie, wielokrotnie hospitalizowany w tut. szpitalu (...) z rozpoznaniem zaburzenia schizoafektywne, typ maniakalny. Pacjent ubezwłasnowolniony częściowo (...) Obecnie przywieziony przez zespół ratowników medycznych. Wg wywiadu od około tygodnia nie bierze leków, pobudzony, agresywny w stosunku do rodziny, grozi im, nachodzi

składająca się z kilku haseł⁸⁴. W większości spraw mieliśmy do czynienia z sytuacjami pośrednimi⁸⁵. W kilku przypadkach rubryka ta została niewypełniona⁸⁶.

4.2.4.4.1. Przyczyny przyjęcia na leczenie przymusowe

Do najczęściej powtarzających się przyczyn przyjęcia wskazywanych w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy należały następujące:

- brak kontaktu logicznego (zniesiony lub utrudniony) lub słowno-logicznego,
- próby lub zamiary samobójcze („myśli suicydalne”),
- urojenia prześladowcze, urojeniowa interpretacja rzeczywistości, ekspozycja treści urojeniowych,
- uprzednia wielokrotna hospitalizacja,
- agresywne zachowania w stosunku do innych osób, czasami jedynie agresja werbalna,
- pobudzenie psychoruchowe,
- wulgarnie zachowanie lub wypowiedzi,
- odmowa przyjmowania leków lub pokarmów,
- drażliwość,
- dziwaczność w zachowaniu,
- halucynacje,
- brak orientacji,

sąsiadów, zakłóca porządek. Przy przyjęciu – wydolny oddechowo i krążeniowo, orientacja zachowana, kontakt logiczny zniesiony, drażliwy, wielomówny, bez dystansu, wzmożony napęd psychoruchowy z okresami pobudzenia i agresji. Tok myślenia rozkojarzony. Wulgarny. Przyjęty z rozpoznaniem zespół maniackalny, zaburzenia schizoafektywne w myśl art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W oddziale wymagał przymusu bezpośredniego w postaci zabezpieczenia pasami insulinowymi z powodu agresji wobec otoczenia. Ze względu na objawy choroby psychicznej i wynikające z tych objawów zagrożenie dla zdrowia i życia innych osób (...) konieczne było przyjęcie (...) do szpitala”.

⁸⁴ Adnotacja typu „agresja wobec otoczenia, majaczenie”, „agresywny”, „pobudzony”, „zjadała zepsute jedzenie”, „tendencje S”, „zaburzenia świadomości”. Czasami zresztą opis ów nie ma związku ze stanem zdrowia psychicznego, a ogranicza się do stanu prawnego. W kilku sprawach w rubryce „uzasadnienie” wpisano „wycofał zgodę na leczenie” albo „wypisanie ze szpitala spowoduje pogorszenie stanu zdrowia pacjenta”.

⁸⁵ Opis tego rodzaju: „zdemolował mieszkanie, chciał wyjść przez okno, sygnalizuje zamiary samobójcze” czy „zaatakował personel medyczny, wyskoczył przez okno – w przebiegu majaczenia alkoholowego”.

⁸⁶ Praktyka taka jest przedmiotem uzasadnionej krytyki w literaturze. Zob. T. Cysek, Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy...*, s.100.

- brak krytycyzmu wobec własnego zachowania,
- niepokój,
- napięcie,
- wzmożony napęd psychoruchowy,
- konfabulacje,
- utrudniony kontakt rzeczowy,
- urojenia prześladowcze, ksobne,
- groźby,
- majaczenie drżenne,
- awantury,
- wielomówstwo,
- krzyk,
- lęk,
- omamy,
- zaburzenia snu.

W wielu przypadkach po prostu rozpoznaje się zaburzenia psychotyczne lub wymienioną z nazwy psychozę. Czasami, dla ilustracji, podaje się słowa wypowiedane, czy wykrzywane przez pacjenta albo opisuje się jego niekonwencjonalne zachowania. Zresztą, niektóre zawiadomienia ograniczały się do opisów tego rodzaju. Niejednokrotnie z opisu wynika, że chodzi o zachowanie będące następstwem upojenia alkoholowego albo użycia środków psychoaktywnych, czego raczej należałoby się spodziewać w sprawach rozpoznawanych w trybie art. 24 ustawy⁸⁷; zwłaszcza wtedy, gdy pacjent nie był dotychczas hospitalizowany⁸⁸. Niejednokrotnie jako przyczynę lub współprzyczynę

⁸⁷ W sprawach rozpoznawanych w trybie art. 23 ustawy można odnaleźć opisy tego rodzaju: „Pacjent po przerwaniu ciągu alkoholowym. Pobudzony, agresywny”; „pacjent pod wpływem alkoholu, agresja wobec otoczenia, deklaracje samobójcze”; „Pacjent pod wpływem substancji psychoaktywnych. Biegał po stacji benzynowej w skarpetkach. Uciekał przed ludźmi. Agresywny czynnie w stosunku do policji i ZRM”.

⁸⁸ Za ilustrację może służyć opis tego rodzaju: „Pacjent lat 43, prawdopodobnie dotychczas nieleczony psychiatrycznie ani odwykowo. Przywieziony na konsultację na tutejszy IP z Aresztu Śledczego (...) Z wywiadu wynika, że w areszcie był pobudzony, agresywny czynnie, rzucał krzesłami po celi. Umieszczony w AŚ za obrazę sądu. Pije alkohol od dłuższego czasu. Przy przyjęciu świadomość zmacona, zdezorientowany, pobudzony, prezentował urojeniowe dziania się. Rozpoznano majaczenie alkoholowe i pacjent został przyjęty po myśli art. 23 ustawy (...)”.

zatrzymania wskazywano upośledzenie umysłowe, co powinno dyskwalifikować możliwość przyjęcia w trybie art. 23 ustawy *a limine*.

W niektórych sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy uzasadnienie decyzji lekarza o przyjęciu pacjenta do szpitala formułowano w taki sposób, jakby chodziło o tryb z art. 24 ustawy, np. wówczas, gdy jedyną przyczyną przyjęcia były „zaburzenia świadomości”⁸⁹. W innych sprawach natomiast opisy zawarte w zawiadomieniach o zatrzymaniu pacjenta na przymusowe leczenie psychiatryczne mogłyby być raczej ilustracją wniosku o hospitalizację w trybie wnioskowym. W kilku sprawach pacjenta przyjęto w trybie nagłym z powołaniem się na art. 23 ustawy z uwagi na to, że „pozostawanie bez leczenia znacznie pogorszy jego stan zdrowia psychicznego”⁹⁰, „zaniechanie leczenia zagraża zdrowiu pacjenta”⁹¹ albo „pozostawienie bez leczenia grozi pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego”⁹² i była to jedyna wskazana w formularzu przyczyna przyjęcia⁹³. W jednej ze spraw odnotowano, że „proces chorobowy ulegnie pogorszeniu w przypadku wypisu ze szpitala”⁹⁴. W innej sprawie w uzasadnieniu wskazano jedynie „wycofał zgodę na przyjęcie; pozostawienie bez leczenia może znacznie pogorszyć jego stan zdrowia”⁹⁵. Warto odnotować, że we wszystkich tych sprawach po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego sąd uznał przymusową hospitalizację za legalną.

W nielicznych zawiadomieniach w uzasadnieniu przyczyny przyjęcia wskazuje się podstawę prawną przyjęcia, czasami bez bliższych wyjaśnień. Nie jest to praktyka prawidłowa, bo w miejscu przeznaczonym na uzasadnienie należałoby się raczej spodziewać opisu zachowania, które – w ocenie lekarza podejmującego decyzję o nagłej hospitalizacji – uzasadnia przekonanie, że pacjent jest chory psychicznie i stanowi zagrożenie dla własnego życia albo dla życia i zdrowia innych osób.

⁸⁹ Tak w sprawie III RNs 321/14 Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim.

⁹⁰ Sprawa III RNs 170/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

⁹¹ Sprawa III RNs 114/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

⁹² Sprawa III RNs 356/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

⁹³ Tak samo w sprawach III RNs 1/14, III RNs 109/14, III RNs 134/14 i III RNs 135/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

⁹⁴ Sprawa III RNs 218/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

⁹⁵ Sprawa III RNs 101/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

W wielu sprawach przyczyną przyjęcia do szpitala w trybie art. 23 ustawy były myśli lub próby samobójcze. W siedmiu sprawach myśli samobójcze stanowiły jedyną przyczynę hospitalizacji, a w 21 przypadkach była to jedna ze współprzyczyn przyjęcia pacjenta do szpitala. W jednym przypadku współprzyczyną uzasadniającą hospitalizację pacjenta była próba samobójcza, a aż w 12 sprawach stanowiła ona przyczynę jedyną⁹⁶. Warte odnotowania jest to, że sprawy, gdzie w uzasadnieniu decyzji lekarza mowa o myślach, tendencjach czy próbach samobójczych, stanowiły około 22% wszystkich spraw o przymusową hospitalizację.

Do rzadziej występujących przyczyn hospitalizacji w trybie art. 23 ustawy należał alkoholizm: w siedmiu przypadkach był on wskazany jako współprzyczyna przyjęcia do szpitala, a w jednym przypadku przyjęto pacjenta z rozpoznaniem „psychoza alkoholowa. Zaburzenia świadomości”, co raczej sugerowałoby konieczność obserwacji na podstawie art. 24 ustawy.

4.2.4.4.2. Przyczyny przyjęcia na obserwację

Wskazane w zawiadomieniach przyczyny przyjęcia pacjentów na obserwację psychiatryczną w trybie art. 24 ustawy nie odbiegały wielce od wyliczonych wyżej okoliczności opisywanych w zawiadomieniach stanowiących podstawę do wszczęcia postępowania w trybie art. 23 ustawy. Dominowały tu takie fakty jak myśli, zamiary lub próby samobójcze (w 14 sprawach). Jedynie w dwóch przypadkach jako współprzyczynę powołano nadużywanie alkoholu i w dwóch – środków psychoaktywnych. Także w dwóch przypadkach powołano się na otępienie. Inne, najczęściej powoływane przyczyny przyjęcia pacjenta na obserwację, to: agresja, groźby, pobudzenie, brak kontaktu, urojenia czy wulgarność. W jednym przypadku opis przyczyny ogranicza się do tego, że „pacjent nie jest w stanie w sposób świadomy wyrazić zgody na leczenie”⁹⁷.

⁹⁶ W tych przypadkach należałoby się raczej spodziewać przymusowej obserwacji, a nie hospitalizacji, zwłaszcza, gdy w uzasadnieniu znajduje się następującą adnotację: „stan po próbie samobójczej, obserwacja w kierunku zaburzeń świadomości” (sprawa III RNs 383/14 Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim).

⁹⁷ W sprawie III RNs 360/14 Sądu Rejonowego w Bolesławcu. Z całą pewnością okoliczność tego rodzaju nie stanowi samoistnej podstawy ani do zatrzymania w szpitalu, ani do przymusowej obserwacji psychiatrycznej. Podstawą przyjęcia pacjenta w trybie art. 23 lub art. 24 ustawy jest

4.2.4.5. Podstawa prawna przyjęcia

Nie w każdym zawiadomieniu wskazano podstawę prawną przyjęcia, choć w formularzu przewidzianym przez Ministra Zdrowia dla spraw toczących się z urzędu jest na to miejsce. Okoliczność ta nie jest pozbawiona znaczenia, jeśli zważy się na to, że w wielu sprawach wskazany przez autora zawiadomienia artykuł ustawy stanowił jedyny znak takiej, a nie innej decyzji lekarza. To lekarz psychiatra decyduje, czy przyjmuje pacjenta do szpitala na leczenie czy na obserwację. Postępowanie sądowe ogranicza się wszak do kontroli tej decyzji⁹⁸. Poza tym, od tak określonej kwalifikacji zależy zakres kontroli sądu: w przypadku pacjenta przyjętego w trybie art. 23 ustawy należy ustalić, czy jest on chory psychicznie. Jeśli pacjent został przyjęty na obserwację, sąd bada istnienie objawów zaburzeń psychicznych, które nie muszą świadczyć o występowaniu psychozy. Nie we wszystkich sprawach wskazano także, czy chodzi o pacjenta przyjętego do szpitala bez zgody, czy o pacjenta zatrzymanego w szpitalu.

W sprawach oznaczonych symbolem 236:

- w siedmiu przypadkach jako podstawę prawną wskazano art. 28 ustawy,
- w trzech przypadkach – art. 22 ust. 2a ustawy (dosłownie 22.2a)
- w dwóch przypadkach – art. 22 ust. 5 ustawy (oznaczony jako 22.5),
- w jedynym przypadku podstawę oznaczono jako 23/28 (jak należy mniemać, chodzi o art. 23 stosowany w związku z art. 28 ustawy),
- w jednym przypadku – art. 24.1,
- w jednym przypadku – art. 26.2,
- w jednym przypadku wskazano art. 2 ustawy, co z pewnością jest wynikiem oczywistej omyłki,
- w pozostałych przypadkach podano art. 23 lub „23.1” albo nie oznaczono nic.

W 122 przypadkach w zawiadomieniu inicjującym sprawy oznaczone symbolem 236 wskazano, że pacjent został przyjęty do szpitala; w jednym (gdzie jako

określone zagrożenie, jakie stwarza, z uwagi na dotykające go zaburzenia psychiczne. Kwestia możliwości wyrażenia zgody istnieje na innej płaszczyźnie ontologicznej.

⁹⁸ W judykaturze przyjmuje się, że kontrola legalności przyjęcia następuje w odniesieniu do podstawy przyjęcia wskazanej przez kierownika szpitala w zawiadomieniu, o którym mowa w art. 23 ust. 4 zd. 2 ustawy. Tak w uzasadnieniu postanowienia SN z dnia 16 marca 2012 r., IV CSK 373/11.

podstawę wskazano dwa przepisy – art. 23 i 28 ustawy) podano, że został przyjęty i zatrzymany, w 15 przypadkach, że wycofał zgodę na leczenie. W dziewięciu przypadkach oznaczono, że został zatrzymany w szpitalu; w trzech oznaczono jednocześnie, że został zatrzymany w szpitalu i wycofał zgodę na leczenie. W pozostałych sprawach nie podkreślono żadnej opcji w druku.

Na tle spraw poddanych analizie trudno ocenić, czy sądy badały rzeczywistą podstawę przyjęcia pacjenta do szpitala w sprawach, w których nie było to oczywiste. W niektórych przypadkach pomocą sądowi mogła służyć opinia biegłego, w której często podaje się dane z dokumentacji medycznej, pozwalające na precyzyjne ustalenie podstawy zatrzymania pacjenta. Nie można jednak wykluczyć, zważywszy na sposób formułowania tez dowodowych i ogólnie częstokroć ujęte sentencje orzeczenia, że w wielu przypadkach sądy nie rozróżniają obu tych trybów i nie analizują spraw pod tym kątem.

4.3. Sądowa kontrola decyzji lekarskich

4.3.1. Wszczęcie postępowania

Postępowanie w przedmiocie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w przypadkach nagłych bez zgody pacjenta inicjowane na skutek zawiadomienia szpitala⁹⁹ toczy się z urzędu¹⁰⁰. Rzeczone zawiadomienie nie stanowi bowiem wniosku, a kierownik szpitala (ani szpital) nie jest wnioskodawcą. Postępowanie takie może się toczyć również na wniosek, o czym rozstrzyga art. 25 ust. 2 ustawy. Wnioskodawcą może być sam zainteresowany, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo bądź osoba sprawująca nad nim faktyczną opiekę. Tryb wnioskowy wchodzi w rachubę jedynie wówczas, gdy sąd nie wszczął wcześniej postępowania z urzędu. Warto w tym miejscu odnotować, że wszystkie przebadane

⁹⁹ Sąd może wszczęć postępowanie także wówczas, gdy takie zawiadomienie nie zostanie wystosowane, np. wówczas, gdy o przyjęciu pacjenta do szpitala poweźmie wiadomość sędziego wizytujący szpital w trybie art. 43 ust. 1 ustawy. Por. B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie...*, s. 155; K. Gromek, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 234.

¹⁰⁰ Tak też przyjmuje się w judykaturze. Zob. w tej materii uzasadnienie postanowienia SN z dnia 16 marca 2012 r., w sprawie IV CSK 373/11. Por. P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 205.

sprawy oznaczone symbolami 236 i 237 toczyły się na skutek zawiadomienia szpitala.

Zarówno o przyjęciu do szpitala bez wymaganej zgody (art. 23 ust. 4 *in fine* ustawy), jak i o wypisaniu ze szpitala (art. 35 ust. 3 ustawy) informować ma „kierownik szpitala”. Ustawodawca nie definiuje tego pojęcia. Z całą pewnością nie należy go rozumieć dosłownie, gdyż w praktyce rolę kierowniczą pełnią dyrektorzy czy ordynatorzy. Mówiąc o „kierowniku szpitala” czy „kierowniku podmiotu leczniczego”¹⁰¹, ustawodawca ma na uwadze osobę kierującą jednostką, w której przebywa pacjent. Jej indywidualizacja ma na względzie jej odpowiedzialność za zachowanie wymogów proceduralnych w związku ze sprawowaną funkcją. Z punktu widzenia nadzoru sądowego, prowadzonego w trybie art. 23 i 24 ustawy, to, czy zawiadomienie jest podpisane przez „kierownika szpitala” czy inną osobę, jest pozbawione znaczenia. Ma ono wyłącznie walor dowodowy – chodzi o to, aby informacja była wiarygodna.

W zbadanych aktach spraw toczących się w trybie art. 23 i 24 ustawy zawiadomienie było podpisane przez „dyrektora szpitala” (108 przypadków na 212 zawiadomień), „p.o. dyrektora” (siedem zawiadomień), przez „pełnomocnika dyrektora” (w dwóch przypadkach) lub „pełnomocnika dyrektora ds. świadczeń medycznych” (trzy przypadki), względnie przez „zastępcę dyrektora” (w tym głównie do spraw leczenia, ale także do spraw ekonomiczno-eksploatacyjnych – ponad 50 zawiadomień), przez „koordynatora oddziału psychiatrycznego”, „kierownika psychiatrii dorosłych” (po 7 zawiadomień), a w jednostkowych przypadkach przez „kierownika zakładu” i „kierownika działu medyczno-organizacyjnego”. W 13 przypadkach pod zawiadomieniem podpisał się „lekarz psychiatra”, w kilku przypadkach nie da się ustalić, kto podpisał zawiadomienie, bo podpis jest nieczytelny. Jedno zawiadomienie nie zostało w ogóle podpisane, a mimo to sąd wszczął postępowanie.

W niektórych zbadanych sprawach można było odnaleźć postanowienie albo zarządzenie o wszczęciu postępowania z urzędu¹⁰². Z badanych akt wynika, że

¹⁰¹ Zob. chociażby art. 10b ust. 4 pkt 4 ustawy.

¹⁰² Nie wydaje się, by praktyka wydawania zarządzeń czy postanowień o wszczęciu postępowania znajdowała uzasadnienie w obowiązujących przepisach prawa. Według J. Gudowskiego,

praktykę taką stosuje Sąd Rejonowy w Bolestawcu, wydając w dacie rejestracji sprawy w repertorium postanowienie treści następującej: „wszcząć w trybie nagłym postępowanie o zbadanie zasadności przyjęcia w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego (...)”. Podobne postanowienia znalazły się w aktach Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku i Sądu Rejonowego w Złotoryi w sprawach o przymusową hospitalizację, a także Sądu Rejonowego w Kołobrzegu w sprawach o przymusową obserwację. Taką samą decyzję wydaje także Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku, ale ubiera ją w formę zarządzenia („wszcząć z urzędu postępowanie o stwierdzenie zasadności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego”). Zarządzenie w przedmiocie wszczęcia postępowania z urzędu w obu rodzajach spraw wydaje też Sąd Rejonowy w Gliwicach.

4.3.2. Kwalifikacja sprawy

Nie wszystkie sprawy, jak się zdaje, były przez sąd prawidłowo zakwalifikowane. W trzech przypadkach mogą być co do tego poważne wątpliwości¹⁰³. I tak, w sprawie rozstrzyganej przez Sąd Rejonowy w Złotoryi, sygn. III RNs 23/14, jako podstawę przyjęcia wskazano art. 24 ust. 1 ustawy. Także z opinii wynika, że pacjentka była przyjęta na obserwację. Sprawę opatrzone symbolem 236, a sąd prowadził ją tak, jak gdyby wniosek został zgłoszony w trybie art. 23 ustawy. Świadczyć o tym może teza postanowienia o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego, gdzie pierwsze pytanie dotyczy choroby, na którą pacjent cierpi i czy

[w:] *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, t. 3: *Część 1. Postępowanie rozpoznawcze. Część 2: Postępowanie zabezpieczające*, T. Ereciński (red.), Warszawa 2006, s. 15, wszczęcie postępowania z urzędu następuje z chwilą podjęcia przez sąd pierwszej czynności przygotowawczej zmierzającej do rozstrzygnięcia sprawy; wydawanie jakiegokolwiek orzeczenia w tym przedmiocie nie jest wymagane. Tak też sprawę postrzega J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 210. Odmienne, T. Cysek, Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy...*, s. 99, według których sąd powinien wydać zarządzenie, co ma wynikać z art. 25 ust. 1 ustawy i § 250 nieobowiązującego już regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów powszechnych. W mojej ocenie, żaden z tych przepisów nie przewiduje konieczności zainicjowania postępowania odrębnym postanowieniem czy zarządzeniem. W obu przepisach mowa jest jednak o tym, że to „sąd wszczyna postępowanie”, forma zarządzenia jest więc wykluczona (zob. art. 354 k.p.c.). Zarządzenia wydaje wszak przewodniczący, a nie sąd (art. 362 k.p.c.).

¹⁰³ Błędna kwalifikacja sprawy, polegająca na rozpoznaniu zawiadomienia o przyjęciu na obserwację jako sprawy o przymusowe leczenie lub odwrotnie, może pociągać za sobą poważne konsekwencje, jeśli zważy się na różnicę w przesłankach zastosowania art. 23 i 24 ustawy. W szczególności, rozpoznanie wniosku zgłoszonego w trybie art. 24 ustawy, jako wniosku o przymusowe leczenie psychiatryczne, może skutkować legalizacją pobytu trwającego dłużej niż 10 dni. Omyłka sądu może też implikować fałszywą tezę dowodową, a – co za tym idzie – wadliwą diagnozę przesłanek legalizacji pozbawienia pacjenta wolności.

z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób. Pacjentka przebywała zresztą w szpitalu ponad miesiąc (od 21 stycznia do 27 lutego), a została wypisana z powodu poprawy stanu zdrowia psychicznego.

Sprawa III RNs 242/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim została opatrzona symbolem 236, a w zawiadomieniu wystosowanym przez szpital wyraźnie wskazano art. 23 ustawy. Niemniej jednak z opinii biegłego wynika, że pacjent został przyjęty w celu obserwacji stanu psychicznego. Okoliczność taka nie wynika z zawiadomienia, w którym zresztą opis objawów pacjenta jest nieczytelny. Warto odnotować, że biegły – w przeciwieństwie do sądu – dysponuje dokumentacją medyczną. Nie można więc wykluczyć, że pacjent został przyjęty rzeczywiście w trybie art. 24 ustawy. Biegły nie stwierdził u pacjenta choroby psychicznej, a jedynie zaburzenia psychiczne pod postacią organicznych zaburzeń osobowości oraz zespół uzależnienia od alkoholu. Odnotowuje się przy tym, że w trakcie przyjęcia wystąpiły u niego objawy psychotyczne pod postacią zespołu abstynencyjnego majaczeniowego w przebiegu uzależnienia od alkoholu. Pacjent mógł – jak wywodzi dalej biegły – ze względu na powyższe zaburzenia zagrażać własnemu życiu, a także życiu i zdrowiu innych osób. Biegły uznaje też, że pacjent nie był zdolny do wyrażenia świadomej zgody na przyjęcie i hospitalizację. W konkluzji stwierdza się, że „zachodzą warunki art. 23” i że przyjęcie pacjenta bez zgody było zasadne.

W sprawie III RNs 2/14 Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim jako podstawę przyjęcia wskazano art. 23 ust. 1 ustawy. Niemniej jednak z opinii biegłego dopuszczonej przez sąd wynika, że ordynator zmienił tę kwalifikację na art. 24 ustawy. Nie wydaje się zresztą, by pacjent był chory psychicznie. Biegły stwierdził u niego „zespół zależności alkoholowej – upojenie proste oraz zaburzenia osobowości – typ dysocjalny”. Z opinii wynika, że pacjent nie leczył się dotąd psychiatrycznie. Jest natomiast uzależniony od alkoholu. Biegły uznał przyjęcie pacjenta do szpitala za zasadne, co zostało zaakceptowane przez sąd w orzeczeniu stwierdzającym zasadność przyjęcia do szpitala. Pacjent został wypisany ze szpitala po ośmiu dniach.

4.3.3. Uczestnicy postępowania

Zgodnie z treścią art. 46 ust. 1 ustawy w sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę; mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami. Osoby te powinny być powiadamiane o terminie rozpraw.

Jak już nadmieniono, w większości spraw brak było danych pozwalających na ustalenie, czy pacjent jest osobą ubezwłasnowolnioną. Nie wiadomo zatem, czy ma przedstawiciela ustawowego, który z mocy prawa powinien być uczestnikiem tego postępowania. Wydaje się, że sądy czynią niewiele, by okoliczności te ustalić, a w wielu sprawach, w których pacjent był ubezwłasnowolniony, jego przedstawiciel nie uczestniczył w rozprawie. Na ogół zresztą jego dane osobowe nie były znane. Dość powiedzieć, że tylko w pięciu sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy o rozprawie zawiadomiono przedstawiciela ustawowego.

Rzadko też sądy o rozprawie zawiadamiały inne osoby wyliczone w art. 46 ust. 1 ustawy. W jednostkowych przypadkach, poza uczestnikiem, o rozprawie zawiadomiono matkę uczestnika, małżonka, rodziców i faktycznego opiekuna (brata). O rozprawie, poza osobami będącymi uczestnikami z mocy samego prawa, sądy zawiadamiały także kuratora, którego same ustanowiły, oraz prokuratora.

4.3.3.1. Udział prokuratora

Podstawę prawną zawiadomienia prokuratora o toczącym się postępowaniu w przedmiocie przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala stanowi art. 46 ust. 4 ustawy. Zgodnie z treścią tego przepisu sąd zawiadamia prokuratora o potrzebie wzięcia udziału w postępowaniu, jeżeli uzna to za konieczne. Przepis ten jest zbyteczny, bo powiela treść art. 59 k.p.c., który ma tu zastosowanie za pośrednictwem art. 13 § 2 k.p.c.

W orzecznictwie SN przyjmuje się, że uznanie przez sąd udziału prokuratora za konieczny nie może być dowolne, wymaga brania pod uwagę wszystkich okoliczności konkretnej sprawy i oceny, zwłaszcza w odniesieniu do potrzeby ochrony praw tak istotnych jak wolność i nietykalność osobista uczestnika, którego postępowanie dotyczy. Zagrożenie tych praw będzie podstawą przyjęcia istnienia obowiązku zawiadomienia prokuratora, co jednak nie wyłącza zapewnienia uczestnikowi możliwości obrony przez ustanowienie adwokata¹⁰⁴. Należy odnotować, że prokuratora zawiadomiono w 22 przebadanych sprawach¹⁰⁵.

4.3.3.2. Udział kuratora

W badanych aktach odnotowano praktykę ustanawiania kuratora uczestnikom, którzy nie są w stanie wyrazić swojego stosunku do zamknięcia w szpitalu psychiatrycznym. Praktyka ta nie jest powszechna, bo stosowana tylko w jednym z sądów, którego akta były przedmiotem analizy¹⁰⁶. Należy zakładać, że podstawą normatywną tej decyzji jest art. 44 ust. 2 ustawy, bo z postawień sądu to nie wynika. Zgodnie z treścią tego przepisu sąd opiekuńczy może ustanowić kuratora z urzędu dla każdej osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, która ze względu na stan zdrowia nie jest zdolna do złożenia wniosku. Należy ocenić, że przepis ten może mieć tutaj zastosowanie, skoro pacjent pozbawiony wolności w trybie art. 23 lub art. 24 ustawy może się domagać wypisania ze szpitala.

¹⁰⁴ Z uzasadnienia postanowienia SN z dnia 15 czerwca 2011 r., V CSK 390/10, LEX nr 1129178.

¹⁰⁵ Praktykę taką stosuje jedynie Sąd Rejonowy w Bolesławcu. Jest to jednak zabieg raczej fasadowy, aniżeli rzeczywista troska o interesy uczestnika postępowania, ponieważ prokurator – zawiadamiany w każdej sprawie tego sądu – nie zajmuje stanowiska i nie stawia się na rozprawę, a sąd wcale nie spodziewa się aktywności po jego stronie, skoro posługuje się formularzem (drukowanym) protokołu wysłuchania, w którym znajduje się adnotacja (w druku) „prokurator nie stawiał się – zawiadomiony prawidłowo”.

¹⁰⁶ Chodzi również o Sąd Rejonowy w Bolesławcu. Także w tym przypadku jest to działanie fasadowe, a nie realna pomoc dla uczestnika: w każdym przypadku w charakterze kuratora ustanawia się pracownika sądu, który nie stawia się na rozprawę, składając wcześniej do akt pismo procesowe (jednakowej treści za każdym razem), w którym oświadcza, że „nie oponuje wnioskowi, jeśli lekarz psychiatra uzna za zasadne przyjęcie (...) do szpitala psychiatrycznego”, ostateczną decyzję pozostawiając do uznania sądu. Nie wydaje się, aby z aktywności tej był jakikolwiek pożytek. Z akt sprawy nie wynika, by kurator kontaktował się z kurandem.

4.3.3.3. Pomoc prawna

Dużo większy wymiar praktyczny niż udział prokuratora czy kuratora może mieć udział profesjonalnego pełnomocnika (adwokata lub radcy prawnego). Zgodnie z treścią art. 48 ustawy sąd może ustanowić dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata z urzędu, nawet bez złożenia wniosku, jeżeli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata w sprawie za potrzebny. W orzecznictwie SN przyjmuje się na ogół, że użyty przez ustawodawcę zwrot „sąd może” nie oznacza dowolności, gdy więc okazuje się, że uczestnik postępowania nie może sam bronić swoich praw, sąd ma obowiązek ustanowienia dla niego adwokata z urzędu¹⁰⁷. Taki stan rzeczy może mieć miejsce wówczas, gdy rozprawa nie toczy się w szpitalu psychiatrycznym, w którym pozbawiono pacjenta wolności, jak też wtedy, gdy pacjent znajduje się w stanie psychicznym niepozwalającym zrozumieć znaczenia tego, co się na rozprawie dzieje. W takim przypadku brak reprezentacji na rozprawie jest równoznaczny z całkowitym pozbawieniem prawa do obrony¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Tak w uzasadnieniu postanowienia SN z dnia 22 kwietnia 2010 r., V CSK 384/09, LEX nr 688057. W tym samym duchu SN wypowiedział się w uzasadnieniach postanowień: z dnia 28 listopada 2002 r., II CKN 399/01, LEX nr 196607; z dnia 15 czerwca 2011 r., V CSK 390/10 oraz z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 575/11, OSNC-ZD 2013, nr 4, poz. 68. W niektórych orzeczeniach SN prezentuje bardziej liberalne stanowisko. Por. uzasadnienia postanowień SN z dnia 10 marca 1999 r., II CKN 41/99, LEX nr 196603; z dnia 25 lipca 2000 r., III CKN 799/00, LEX nr 358771, oraz z dnia 6 sierpnia 2014 r., V CSK 145/14, LEX nr 1504765. W uzasadnieniu postanowienia SN z dnia 22 stycznia 2004 r., V CK 197/03, LEX nr 602417, przyjęto, że zaniechanie ustanowienia – bez wniosku – adwokata dla uczestnika, nie stanowiło naruszenia art. 48 ust. 2 ustawy (obecnie art. 48 ustawy). Przepis ten – jak się wywodzi – pozostawia sądowi swobodę decyzji, co do potrzeby udzielenia osobie, której postępowanie dotyczy, pomocy przez wyznaczenie dla niej fachowego pełnomocnika, jednak ogranicza ją do wypadków, kiedy jednocześnie udział adwokata w sprawie jest potrzebny, a osoba ta nie jest zdolna do samodzielnego złożenia wniosku. Skoro więc – jak wywodzi dalej SN – uczestnik, mimo choroby, zachował zdolność do zgłoszenia stosownego wniosku, fakt występowania przez niego w postępowaniu apelacyjnym bez adwokata nie był równoznaczny z naruszeniem przez Sąd Okręgowy art. 48 ust. 2 ustawy ani też nie prowadził do nieważności postępowania. Osobiście byłbym ostrożny w takiej ocenie, zważając na to, że ocena zdolności zrozumienia przez pacjenta jego sytuacji procesowej ma w tej koncepcji wymiar arbitralny. Jeśli sąd ostatecznie dojdzie do przekonania, że istnieją przesłanki do przymusowej hospitalizacji, to odmawiając wyznaczenia takiemu uczestnikowi pełnomocnika z urzędu, zaprzecza niejako sam sobie.

¹⁰⁸ Por. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 28 listopada 2002 r., II CKN 399/01, gdzie za całkowite pozbawienie możliwości obrony swoich praw uznano sytuację, w której oddalono wniosek pacjentki o ustanowienie dla niej adwokata z urzędu, przy jednoczesnym stwierdzeniu przez sąd, że zeznaje ona chaotycznie z tendencją do zmienności, nie odpowiada na zadawane pytania, a uparczywie powraca do oskarżania członków rodziny. W sprawie tej uznano, że postępowanie było dotknięte nieważnością. Por. także P. Przybysz, *Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 1996 r., II CRN 201/95*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 1, s. 111–114.

Tymczasem, w żadnej z objętych badaniem spraw toczących się w trybie art. 24 ustawy nie ustanowiono pełnomocnika z urzędu. Nikt też nie zgłaszał takiego wniosku. Pełnomocnika z urzędu ustanowiono jedynie w ośmiu sprawach o przymusową hospitalizację (niespełna 4,5% zbadanych spraw) i we wszystkich przypadkach nastąpiło to bez wniosku. Wszystkie te przypadki pojawiły się w aktach trzech sądów rejonowych¹⁰⁹. W aktach pozostałych sądów praktyki takiej nie odnotowano, co – przynajmniej w odniesieniu do sądów, z których pozyskano dużą próbę badawczą¹¹⁰ – może świadczyć o niestosowaniu art. 48 ustawy.

W czterech sprawach, jak można wywnioskować z protokołu wysłuchania (rozprawy), przyczyną ustanowienia pełnomocnika był brak kontaktu mentalnego z pacjentem. Warto w tym miejscu odnotować, że brak kontaktu logicznego z pacjentem wystąpił aż w 35 sprawach. W pozostałych 31 sprawach sąd nie znalazł podstaw do ustanowienia pełnomocnika, co – w świetle tego, co powiedziano wyżej – skutkowało nieważnością postępowania w każdej z tych spraw na podstawie art. 379 pkt 5 k.p.c. W czterech pozostałych przypadkach, w których sąd ustanowił pełnomocnika z urzędu, pacjent nie wyraził zgody na hospitalizację. W jednym przypadku stanowczo sprzeciwiał się zatrzymaniu w szpitalu.

4.3.4. Czas trwania postępowania

4.3.4.1. Średnia długość postępowania

O jakości postępowania, jego skuteczności, a nade wszystko „zgodności z prawem” w rozumieniu art. 5 ust. 4 EKPCz, świadczyć będzie nie tyle zachowanie terminu z art. 45 ust. 1 ustawy, ile szybkie uzyskanie rozstrzygnięcia legalizującego „aresztowanie” pacjenta lub nakazującego zwolnienie go ze szpitala. Zakończenie postępowania, a ściślej – uprawomocnienie się postanowienia udzielającego zastępczej zgody na hospitalizację, otwiera termin 30-dniowy, po upływie którego pacjent może domagać się wypisania ze szpitala (art. 36 ust. 2 ustawy). Jest to

¹⁰⁹ W czterech sprawach pełnomocnika ustanowił Sąd Rejonowy w Radzynie Podlaskim, w trzech – Sąd Rejonowy Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, a w jednej – Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku.

¹¹⁰ Bielsk Podlaski – 43 sprawy, Bolesławiec – 23 sprawy, Gliwice – 23 sprawy.

uprawnienie chroniące pacjenta przed bezterminowym przetrzymywaniem w szpitalu. Przedłużające się postępowanie w przedmiocie legalizacji pozbawienia pacjenta wolności odsuwa to uprawnienie w czasie.

W orzecznictwie ETPCz akcentuje się konieczność bezzwłocznego uzyskania przez pacjenta w wyniku sądowego postępowania kontrolnego decyzji co do zgodności z prawem pozbawienia wolności oraz nakazu jej przywrócenia, jeśli udowodniono, że decyzja o pozbawieniu wolności była niezgodna z prawem¹¹¹. W analizowanych sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy zakończenie sprawy, licząc od dnia zawiadomienia sądu do dnia wydania orzeczenia, zajęło sądowni średnio 44 dni. W sprawach o przymusową hospitalizację średni czas trwania postępowania był krótszy i wynosił 34 dni.

4.3.4.2. Średnia długość rozprawy

Do pewnego stopnia o realnym znaczeniu ochrony sądowej może świadczyć długość posiedzenia rozstrzygającego o legalizacji zatrzymania pacjenta. Nie chodzi wszak o to, aby dochować warunków przewidzianych w ustawie (rozpoznać sprawę na rozprawie), ale o to, by skontrolować decyzję lekarza i wydać trafne rozstrzygnięcie. Może się okazać, że mimo wypełnienia wymogów zawartych w ustawie, postępowanie sądowe zostanie zakwalifikowane przez ETPCz jako nierzetelne¹¹². Warto zatem przyjrzeć się temu, ile trwały rozprawy w badanych sprawach.

¹¹¹ W uzasadnieniu wyroku Wielkiej Izby ETPCz z dnia 25 marca 1999 r. wydanego w sprawie Musiał przeciwko Polsce, skarga nr 24557/94, przyjęto, że przerwa trwająca rok, osiem miesięcy i osiem dni jest sprzeczna z pojęciem „bezzwłocznie” w rozumieniu art. 5 ust. 4 EKPCz, jeśli nie występują nadzwyczajne okoliczności ją uzasadniające. W uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie Witek przeciwko Polsce, skarga nr 13453/07, Trybunał uznał 30-dniową zwłokę w przedmiocie zgodności z prawem pozbawienia wolności za niezgodną z wymogiem bezzwłoczności z tego artykułu.

¹¹² Z takim przypadkiem mamy do czynienia w sprawie Shtukaturov przeciwko Rosji, skarga nr 44009/05, w której dnia 27 marca 2008 r. zapadł wyrok ETPCz. W sprawie tej: „Trybunał zważył argument [pozwanego] rządu, iż na rozprawie, w której sąd zadecydował o istocie sprawy, byli obecni przedstawiciel szpitala oraz prokurator rejonowy. Niemniej jednak – jak się wywodzi – ich obecność nie sprawiła, iż przedmiotowe postępowanie było prawdziwie kontradyktoryjne. Przedstawiciel szpitala działał w imieniu instytucji, która przygotowała opinię [o stanie zdrowia skarżącego] i do której odwoływano się w wyroku jako do <<strony zainteresowanej>>. Rząd nie wyjaśnił roli prokuratora w przedmiotowym postępowaniu. W każdym razie z protokołu rozprawy wynika, iż zarówno prokurator, jak i przedstawiciel szpitala, pozostawali pasywni w trakcie rozprawy,

W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy pierwsza rozprawa trwała średnio niewiele ponad 11 minut, ostatnia – na której zapadło rozstrzygnięcie – średnio 5 minut. Statystycznie, biorąc pod uwagę wszystkie rozprawy, w sprawach o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego rozprawa trwała około 8 minut. W sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy rozprawa trwała średnio około 14 minut.

Średnio w obu rodzajach spraw wyznaczano 1,4 rozprawy. W większości przypadków orzeczenie zapadało po przeprowadzeniu jednej rozprawy. W sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy taki stan rzeczy miał miejsce w 13 sprawach. W trzech przypadkach wyznaczono dwie rozprawy, a w dwóch sprawach – trzy. W sprawach o przymusową hospitalizację jedna rozprawa odbyła się w 90 sprawach (50% próby). W 32 sprawach wyznaczono dwie rozprawy, w siedmiu sprawach – trzy rozprawy, w jednej sprawie – cztery rozprawy i w jednej – pięć rozpraw.

4.3.5. Czynności podejmowane przez sąd

4.3.5.1. Wysłuchanie

Zgodnie z art. 45 ust. 2 ustawy sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28 nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4 ustawy. Wymóg wysłuchania jest skrupulatnie przestrzegany przez sądy, które mają – jak wynika z akt – wypracowane zasady współpracy ze szpitalami psychiatrycznymi.

We wszystkich niemal sprawach miało miejsce wysłuchanie pacjenta przez sędziego wizytującego, względnie podejmowano próbę wysłuchania. W sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy nie wysłuchano trzech pacjentów; wszystkich ze względu na to, że zostali już wypisani. W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy wysłuchania brakuje w 12 sprawach, przy czym w trzech przypadkach pacjenta nie było już w szpitalu, w jednym – pacjent nie chciał stawić się przed

która, ponadto, trwała zaledwie dziesięć minut”. W konkluzji stwierdza się, że postępowanie to nie było rzetelne.

sędzią, a w jednym jeszcze odnotowano brak kontaktu mentalnego z pacjentem. W jednym przypadku pacjent był wysłuchany w sali telewizyjnej.

W sprawach o przymusową hospitalizację (art. 23 ustawy) wysłuchanie zwykle odbywało się w dacie zawiadomienia sądu albo dnia następnego. Tylko w kilku przypadkach zajęło to sędziom więcej czasu (po jednym przypadku 2, 3, 5, 8 i 17 dni). W 28 sprawach brak danych pozwalających na ustalenie tych okoliczności. Także w sprawach o przymusową obserwację (art. 24 ustawy) dochowuje się terminu ustawowego. Tylko w dwóch przypadkach wysłuchanie odbyło się później niż nazajutrz – po dwóch i czterech dniach.

Z uwagi na to, że zwykle nie jest znana godzina wysłuchania, nie sposób jednoznacznie przesądzić, w ilu sprawach zachowano termin z art. 45 ust. 2 ustawy. Z akt wynika natomiast, że w żadnej z badanych spraw obu kategorii sędzia wizytujący szpital nie zarządził wypisania pacjenta ze szpitala w trybie art. 45 ust. 2 *in fine* ustawy¹¹³.

Wysłuchanie pacjentów, jak wynika z części akt, odbywa się w szpitalu. Nie w każdym akcie są informacje pozwalające to stwierdzić. Można jednak zakładać, że tak jest w każdym przypadku, skoro czynność tę wykonuje sędzia wizytujący szpital. Z protokołów wysłuchania wynika zresztą, że szpitale posiadają sale rozpraw. Wynika z nich także, że w niektórych przypadkach sędzia wysłuchuje pacjenta przy łóżku, gdy ten nie chce lub nie może się przemieszczać. Z sytuacją taką mieliśmy do czynienia w dwóch sprawach o przymusową obserwację.

W sprawach, w których odnotowano początek i zakończenie czynności, można ustalić (mniej więcej w połowie obu kategorii spraw), ile trwało wysłuchanie. Statystycznie w sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy wysłuchanie trwało 8 minut (najkrótsze 2 minuty, najdłuższe – 30 minut). W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy wysłuchanie trwało nieco dłużej – średnio 13 minut (najkrócej 5 minut, najdłużej 60 minut; przy czym 5 minut aż w 26 sprawach, a 10 minut w 20 sprawach).

¹¹³ Bliżej w tym przedmiocie M. Sychowicz, *Postępowanie sądowe w sprawach z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, PS 1995, nr 1, s. 3 i nast.

W większości zbadanych spraw sędzia wysłuchujący zatrzymanego nie udzielił pacjentowi żadnych pouczeń; w każdym razie nie wynika to z protokołu wysłuchania. Niektóre sądy stosują jednak praktykę udzielania pouczeń i choć nie wynika ona wprost z ustawy, jest godna polecenia. Praktykę tę uzasadnia – jak należy ocenić – stosowany analogicznie art. 212 k.p.c.

Pouczenie znalazło się w 48 sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy i w 15 sprawach toczących się na podstawie art. 24 ustawy. Pouczenia te są różnej treści: „o prawach strony i możliwości uczestniczenia w posiedzeniach sądu” lub „o wszczętym postępowaniu i przysługujących mu prawach uczestnika”¹¹⁴, „o przedmiocie sprawy i trybie postępowania” lub „o przedmiocie sprawy, trybie postępowania, dalszym biegu sprawy”¹¹⁵, „o dalszym trybie postępowania, metodach leczniczych w przypadku osoby przyjętej bez zgody i za zgodą”¹¹⁶, „o zasadach przyjęcia do szpitala”¹¹⁷ czy o „prawie do złożenia wniosku o ustanowienie adwokata z urzędu oraz składaniu wniosków dowodowych”¹¹⁸. Warto przy tym odnotować, że w wielu przypadkach pouczenie było pozorne albo nie mogło wyrzucić zamierzonych skutków, np. wtedy, gdy jednocześnie sąd odnotowywał brak kontaktu mentalnego z pacjentem albo z protokołu wynika, że „pacjentka usnęła”.

4.3.5.2. Rozprawa

4.3.5.2.1. Jawność rozprawy

Jak wynika z art. 45 ust. 1 ustawy w sprawach określonych w art. 25, 29, 36 ust. 3 i art. 39 ustawy sąd opiekuńczy orzeka po przeprowadzeniu rozprawy; rozprawa

¹¹⁴ Pouczenia takie stosuje Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim.

¹¹⁵ Tak Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku.

¹¹⁶ Tak Sąd Rejonowy w Gliwicach.

¹¹⁷ Tak Sąd Rejonowy w Bielsku Podlaskim.

¹¹⁸ Tak Sąd Rejonowy w Radzynie Podlaskim. W sprawach rozpoznawanych przez ten sąd przewodniczący informował uczestnika postępowania i ordynatora, że przyjęcie nie jest oczywiście bezzasadne oraz o terminie i miejscu rozprawy. Informacja taka zawarta jest w druku protokołu, z którego korzysta sędzia wizytujący szpital. Z kolei, co może budzić zdziwienie, w protokołach wysłuchania Sądu Rejonowego w Złotoryi przewodniczący poucza o zażaleniu, mimo że uczestnik nie został wyposażony w taki środek prawny.

powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4. We wszystkich sprawach, w których wydano orzeczenie merytoryczne, zapadło ono na rozprawie.

Rozprawa, co do zasady, powinna być jawna. Żaden przepis ustawy ani przepis kodeksu postępowania cywilnego nie przewiduje w sprawach tego rodzaju obligatoryjnego wyłączenia jawności. Ma tu jednak, za pośrednictwem art. 13 § 2 k.p.c., zastosowanie art. 153 k.p.c. Nie można wykluczyć zatem rozpoznawania spraw o przymusowe leczenie psychiatryczne przy drzwiach zamkniętych. O ile jednak łatwiej wyobrazić sobie ograniczenie jawności wprowadzone na wniosek uczestnika, na podstawie art. 153 § 2 k.p.c., ze względu na „roztrząsanie szczegółów życia rodzinnego”¹¹⁹, o tyle trudno dopatrzeć się podstawy do wyłączenia jawności rozprawy z urzędu. Jak wynika z art. 153 § 1 k.p.c. sąd z urzędu zarządza odbycie całego posiedzenia lub jego części przy drzwiach zamkniętych, jeżeli publiczne rozpoznanie sprawy zagraża porządkowi publicznemu lub moralności lub jeżeli mogą być ujawnione okoliczności objęte ochroną informacji niejawnych. Wydaje się, że żadna z tych okoliczności nie będzie zachodzić w badanych sprawach. Mimo to w kilkunastu sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy rozpoznano sprawę przy drzwiach zamkniętych¹²⁰.

Jak wynika z art. 46 ust. 1a ustawy, osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. W tym przypadku stosuje się odpowiednio art. 547 § 2 k.p.c. Wprawdzie przepis nie nakłada na sąd takiego obowiązku (może być doprowadzona), ale – podobnie jak w przypadku art. 48 ustawy – jest to powinność sądu, w sytuacji gdy strona nie może reprezentować się ani sama, ani przez przedstawiciela. W zbadanych aktach spraw toczących się w trybie art. 23 ustawy nie stosowano

¹¹⁹ Warto w tym miejscu odnotować, że – jak przyjmuje się w orzecznictwie – sprawy o przymusową hospitalizację, mimo że toczą się przed sądami rodzinnymi, nie są sprawami rodzinnymi, lecz sprawami z zakresu prawa osobowego. Tak słusznie stwierdził SN w uzasadnieniu postanowienia z dnia 25 stycznia 2001 r., III CKN 1454/00, OSNC 2001, nr 7–8, poz. 116; por. krytyczną głosę do tego orzeczenia Z. Świebody, OSP 2002, nr 5, poz. 63. Tak samo w uzasadnieniu postanowienia SN z dnia 5 września 2008 r., III CSK 178/08, LEX nr 465372. Pogląd taki jest akceptowany w literaturze. Zob. J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 198–199. Por. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 30 kwietnia 1997 r., III CKU 22/97, OSNC 1997, nr 9, poz. 139.

¹²⁰ Praktykę taką stosuje Sąd Rejonowy Starogardzie Gdańskim, w którym wszystkie sprawy toczą się przy drzwiach zamkniętych. Jednostkowo takie przypadki miały miejsce w sądach rejonowych w Złotoryi, w Radzynie Podlaskim, Gdańsk-Południe w Gdańsku oraz w Szczecinku.

art. 46 ust. 1a ustawy, mimo że rozprawa niejednokrotnie odbywała się poza szpitalem, w gmachu sądu, a pacjent w tym czasie przebywał w zakładzie zamkniętym. Zarządzenie o doprowadzeniu pacjenta znalazło się w jednej ze spraw toczących się w trybie art. 24 ustawy.

4.3.5.2.2. Zachowanie 14-dniowego terminu od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia na wyznaczenie rozprawy

Średni dystans pomiędzy datą zawiadomienia sądu a datą (pierwszej) rozprawy to w przypadku spraw toczących się w trybie art. 23 ustawy 17 dni. Termin ustawowy przekroczone w 35 sprawach na 115 spraw, w których istniały dane pozwalające na czynienie ustaleń, co daje ponad 30%. Przy czym w kilku przypadkach były to przekroczenia znaczne (w dwóch przypadkach ponad 100 dni). W pozostałych sprawach wygląda to następująco:

- w 10 sprawach rozprawa odbyła się 15 dni po dacie zawiadomienia sądu,
- w dziewięciu sprawach – po upływie 16 dni,
- w trzech sprawach – po upływie 17 dni,
- w dwóch sprawach – po upływie 18 dni,
- w dwóch innych sprawach – po upływie 22 dni,
- w jednej sprawie – po upływie 25 dni,
- w dwóch innych sprawach – po upływie 30 dni,
- w innych sprawach dystans był jeszcze dłuższy i w jednostkowych wypadkach wynosił 48, 50, 53, 64, 79, 126 i 215 dni od daty wpływu zawiadomienia.

Średni dystans pomiędzy datą zawiadomienia sądu a datą rozprawy w przypadku spraw toczących się w trybie art. 24 wynosił 24 dni. W sześciu przypadkach na 17 przekroczone termin (rozprawa odbyła się w tych sprawach po 15, 16, 30, 63, 66 i 90 dniach od daty zawiadomienia sądu o przyjęciu pacjenta na obserwację).

Przeprowadzone badania prowadzą do wniosku, że sądy nie przywiązują większej wagi do terminu instrukcyjnego z art. 45 ust. 1 ustawy. Zresztą, trudno się temu dziwić – termin jest bardzo krótki, jeśli zważy się na to, że należy o nim zawiadomić zainteresowanych i – w optymalnym przebiegu zdarzeń – uzyskać opinię

biegłego¹²¹. Niektóre sądy, dbając o zachowanie tego terminu, wyznaczają rozprawę, która niemal zawsze ulega odroczeniu i niejednokrotnie nic się na niej nie dzieje. Wydaje się, że ustawodawca bezpodstawnie zakłada, iż sprawa powinna być rozstrzygnięta na pierwszej rozprawie, nie określając terminu wydania orzeczenia, a jedynie termin na przeprowadzenie (pierwszej) rozprawy.

4.3.5.2.3. Miejsce rozprawy

Artykuł 45 ust. 1a ustawy wprowadza wyłom od zasady wyrażonej w art. 151 k.p.c., w świetle której rozprawa powinna odbywać się w budynku sądu¹²². W przypadkach uzasadnionych interesem osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, sąd zarządza przeprowadzenie rozprawy w szpitalu. Zbadane akta sprawy na ogół nie zawierają informacji, która pozwoliłaby na ustalenie, czy rozprawa odbyła się w sądzie czy w szpitalu.

W sprawach toczących się w trybie art. 24 ustawy w 11 przypadkach rozprawa odbyła się w szpitalu, przy czym w trzech przypadkach dotyczyło to tylko pierwszej rozprawy; druga odbyła się już w sądzie. Wiadomo także, że w czterech sprawach rozprawa odbyła się w sądzie. W pozostałych sprawach brak danych pozwalających na ustalenia w tym przedmiocie; brak też danych pozwalających na ustalenie, czy kolejne rozprawy, w sprawach, w których je wyznaczono, odbywały się poza budynkiem sądu.

W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy w 41 przypadkach wiadomo, że pierwsza rozprawa odbyła się w sądzie. Aż w 91 przypadkach pierwsza rozprawa odbyła się w szpitalu – na ogół w sali rozpraw szpitala; w jednym przypadku na oddziale szpitalnym, z uwagi na stan zdrowia uczestniczki. Brak jest w aktach sprawy danych pozwalających na przyjęcie, czy którakolwiek kolejna rozprawa odbywała się w szpitalu; na ogół przewodniczący nie oznaczają tego

¹²¹ Zwraca się na to uwagę w literaturze. Zob. J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 210–211.

¹²² Wynika to także *a contrario* z art. 43 § 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 133 ze zm.). Zob. też § 64 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. – Regulamin urzędowania sądów powszechnych (Dz. U. poz. 2316).

w zarządzeniach ani w protokołach rozpraw; wiadomo natomiast na pewno, że w 16 sprawach kolejne rozprawy odbywały się w sądzie.

4.3.5.3. Postępowanie dowodowe – opinia biegłego

O tym, czy stan zdrowia psychicznego pacjenta uzasadnia zatrzymanie go w szpitalu psychiatrycznym w celu obserwacji lub leczenia, rozstrzyga lekarz psychiatra. Decyzja lekarza podlega kontroli sądu, który – co zrozumiałe – nie ma kwalifikacji potrzebnych do oceny tej decyzji. Dlatego, zgodnie z art. 46 ust. 2 ustawy, przed wydaniem postanowienia co do istoty sprawy sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. W każdej z badanych spraw toczących się w trybie art. 23 i 24 ustawy, która zakończyła się postanowieniem sądu orzekającym o konieczności hospitalizacji, sąd zasięgał opinii biegłego.

Opinia na potrzeby postępowania sądowego powinna być sporządzona przez biegłego lekarza psychiatrę. Jest to jedyna osoba, która ma kompetencje do weryfikacji decyzji lekarza przyjmującego pacjenta do szpitala. Biegłym nie może być lekarz, który podjął decyzję o przyjęciu pacjenta, z którym decyzję tę konsultowano, ani lekarz, który ją zatwierdził. Wprawdzie art. 46 ust. 2 ustawy stanowi o osobie, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala, ale należy zakładać, że chodzi tu o wszystkie osoby, które uczestniczyły w procesie decyzyjnym. Przywołany przepis stanowi odpowiednik art. 48 k.p.c. Rozwiązanie przyjęte w art. 46 ust. 2 ustawy koresponduje też do pewnego stopnia z myślą wyrażoną w art. 281 k.p.c., który ma zastosowanie także w sprawach będących przedmiotem analizy za pośrednictwem art. 13 § 2 k.p.c. Uczestnik postępowania mógłby domagać się wyłączenia biegłego, który nie jest wyłączony z mocy samego prawa (*inhabilis*), jeśli istnieje „okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość” co do jego bezstronności¹²³. W badanych sprawach nikt nie zgłosił takiego wniosku.

Zakaz z art. 46 ust. 2 ustawy rozumie się sam przez się – biegły nie powinien wydawać opinii, która stanie się podstawą kontroli jego własnej decyzji. Nie jest on

¹²³ Tak też J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 217.

jednak zbyt liczny¹²⁴, bo w jednej ze zbadanych spraw pojawił się przypadek¹²⁵, w którym opinię na potrzeby postępowania sądowego sporządziła osoba zatwierdzająca przyjęcie pacjenta do szpitala¹²⁶. Nie było to działanie zamierzone, bo sąd zlecił opinię innemu biegłemu, ale – z nieznanymi bliżej przyczyn – opinia została sporządzona przez osobę wskazaną w zawiadomieniu jako ordynator (lekarz kierujący oddziałem). Na podstawie tej opinii zresztą sąd stwierdził „zasadność przyjęcia uczestnika postępowania (...) do szpitala psychiatrycznego”.

W innych sprawach konfuzja taka nie zachodzi, choć z analizowanych akt wynika, że biegli, którym zleca się opinię, są najczęściej pracownikami szpitala, do którego przyjęto pacjenta, którego dotyczy postępowanie legalizacyjne. Na ogół ich nazwiska pojawiają się w innych sprawach w zawiadomieniach, jako lekarzy decydujących, opiniujących lub zatwierdzających przyjęcie. Nie można wykluczyć, że w małych ośrodkach miejskich sąd nie ma możliwości wyboru biegłego spoza tego grona. Fakt ten, sam z siebie, nie dyskwalifikuje jednak biegłego, a powiązanie biegłego ze szpitalem psychiatrycznym nie uchodzi w orzecznictwie ETPCz za nierzetelne, uznając, że wymóg bezstronności i niezawisłości chroniony w art. 6 EKPCz nie ma zastosowania do biegłych¹²⁷.

¹²⁴ To, czy art. 281 k.p.c. odsyła także do art. 48 k.p.c., czy tylko do art. 49 k.p.c., jest przedmiotem kontrowersji w nauce prawa. Wprawdzie art. 281 k.p.c. stanowi o „żądaniu wyłączenia biegłego z przyczyn, z jakich można żądać wyłączenia sędziego”, a więc sugeruje odesłanie do art. 49 k.p.c., bo ten przepis przewiduje tryb wnioskowy, ale wydaje się, że żądanie takie można zgłosić tym bardziej w odniesieniu do przyczyn z art. 48 k.p.c. Stanowisko takie zajmuje T. Ereciński, [w:] *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, t. 1: *Cześć pierwsza. Postępowanie rozpoznawcze. Część druga. Postępowanie zabezpieczające*, T. Ereciński (red.), Warszawa 2006, s. 608. Problem był już dostrzeżony w judykaturze. W uzasadnieniu orzeczenia z dnia 7 stycznia 1966 r., I CR 369/65, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278, SN, powołując się na powszechną praktykę, zalecił w procesie medycznym toczącym się przeciwko lekarzowi skorzystanie z opinii lekarzy specjalistów „z innego terenu” w celu uniknięcia jakichkolwiek, nawet niesłusznych, podejrzeń osób zainteresowanych co do stronniczości biegłego. Wydaje się również, że przepis art. 48 k.p.c. może mieć zastosowanie „odpowiednie”, choć art. 281 k.p.c. terminu takiego nie używa. Odmiennego zapatrywania broni SN w uzasadnieniu wyroku z dnia 2 grudnia 2011 r., III CSK 77/11, LEX nr 1162686.

¹²⁵ Jeden tylko, ale należy pamiętać, że próba badawcza dotyczyła ledwie 1% spraw oznaczonych symbolem 236. Można zatem zakładać, że przypadków takich w skali kraju jest znacznie więcej.

¹²⁶ Chodzi o sprawę III RNs 16/14 Sądu Rejonowego w Złotoryi.

¹²⁷ Tak w uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 11 grudnia 2008 r. w sprawie Shulepova przeciwko Rosji, skarga nr 34449/03. Zdaniem Trybunału sama okoliczność, że biegli są zatrudnieni przez jedną ze stron, nie wystarcza, by uznać postępowanie za nierzetelne. Mimo że fakt ten może stać się przyczyną wątpliwości co do neutralności biegłych, obawy takie, chociaż mają pewne znaczenie, nie są rozstrzygające. Ostatecznie jednak Trybunał uznał w tej sprawie „obawy skarżącej co do neutralności biegłych (...) za obiektywnie uzasadnione”. Problem ten pojawił się także w orzecznictwie SN. W uzasadnieniu orzeczenia z dnia 7 stycznia 1966 r., I CR 369/65, SN

W orzecznictwie ETPCz zwraca się także uwagę na wagę opinii biegłego. O sprawie ma rozstrzygać sędzia, który nie posiada odpowiedniego przygotowania merytorycznego do oceny stanu zdrowia psychicznego pacjenta, a zatem to opinia biegłego będzie rozstrzygać ostatecznie o wyniku postępowania¹²⁸. Co więcej, jak wynika z art. 46 ust. 2 ustawy, zasięgnięcie opinii specjalisty psychiatry jest obowiązkowe. Jeśli zatem orzeczenie powinno zapaść na pierwszej rozprawie¹²⁹, która ma się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4 ustawy, to opinia powinna być zlecona i sporządzona w tym krótkim czasie.

W przebadanych sprawach biegli na ogół stosują się do krótkich terminów sporządzenia opinii narzucanych zwykle przez sąd. W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy sporządzenie opinii zajęło biegłemu średnio 10 dni. Podobnie w sprawach o przymusową obserwację, gdzie średnio sporządzenie opinii zajęło biegłemu 9 i pół dnia.

Z uwagi na pilny charakter postępowania opinia powinna być nie tylko szybko sporządzona przez biegłego, który ma w tych sprawach ułatwione zadanie, bo zwykle pacjent jest „łatwo uchwytny”, przebywając w zakładzie zamkniętym, lecz powinna być także pilnie zlecona biegłemu. Problem ten pojawia się w orzecznictwie ETPCz. W uzasadnieniu wyroku z dnia 21 grudnia 2010 r.¹³⁰ Trybunał uznał za niedostatecznie szybkie dopuszczenie opinii dopiero po trzech miesiącach od momentu umieszczenia skarżącej w szpitalu. Zaznacza się przy tym, że nieuchronne jest istnienie „pewnej zwłoki” w związku z uzyskaniem opinii.

w procesie odszkodowawczym przeciwko lekarzowi – powołując się na powszechnie stosowaną praktykę – uznał za celowe uzyskanie opinii „specjalistów z innego terenu”. Stanowisko swoje uzasadnił koniecznością „uniknięcia ewentualnej – nieraz nawet podświadomej przychylności lekarzy z tego samego okręgu co lekarz pozwany o odszkodowanie, jak i – a nawet przede wszystkim konieczność uniknięcia jakichkolwiek, nawet niesłusznych, podejrzeń osób zainteresowanych co do stronniczości biegłego”.

¹²⁸ Por. uzasadnienie wyroku ETPCz z dnia 11 grudnia 2008 r. w sprawie Shulepova przeciwko Rosji, skarga nr 34449/03. Problem jest też poruszany w orzecznictwie TK – zob. uzasadnienie wyroku TK z dnia 10 lipca 2007 r., SK 50/06.

¹²⁹ O czym świadczy *ratio legis* terminu określonego w art. 45 ust. 1 ustawy w zestawieniu z dyrektywą z art. 6 § 1 k.p.c.

¹³⁰ Wyrok EPCz z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie Witek przeciwko Polsce, skarga nr 13453/07.

W badanych sprawach sądy podejmowały decyzję w przedmiocie opinii biegłego bardzo szybko, niejednokrotnie tego samego dnia, w którym otrzymywały zawiadomienie o hospitalizacji pacjenta. Sytuacja taka miała miejsce w 31 sprawach o przymusową hospitalizację, na 108 spraw, w których dopuszczono dowód z opinii biegłego, a istniały dane pozwalające na ocenę terminowości tej czynności¹³¹. Co więcej, w 10 przypadkach dopuszczono dowód z opinii biegłego przed datą otrzymania pisemnego zawiadomienia od szpitala o hospitalizacji pacjenta, co musiało być wynikiem działań podejmowanych w szpitalu przez sędziego wizytatora.

W 32 sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy dowód z opinii biegłego dopuszczono najazutrz, po otrzymaniu zawiadomienia, w 21 przypadkach – w dwa dni od daty otrzymania zawiadomienia, w 10 sprawach – po trzech dniach, a w pozostałych sprawach – od czterech do siedmiu dni po dacie otrzymania zawiadomienia. Jedynie w trzech przypadkach był to termin dłuższy – 21, 31 i 41 dni¹³². W tych sprawach nie można uznać, by była to dopuszczalna zwłoka w ujęciu orzecznictwa ETPCz.

Podobna sytuacja występuje w sprawach o przymusową obserwację (można się o tym przekonać w 16 sprawach, w których dopuszczono dowód z opinii biegłego; w dwóch sprawach nie da się ustalić daty zawiadomienia sądu). Tu także dopuszcza się zwykle dowód z opinii biegłego tego samego lub następnego dnia (odpowiednio dwie sprawy i sześć spraw). W pięciu przypadkach – dwa dni po dacie zawiadomienia sądu, w jednym przypadku – trzy dni i w dwóch przypadkach – cztery dni. Nie ma spraw, w których zajęłoby to sądowni więcej czasu.

W orzecznictwie ETPCz przyjmuje się także, że stan psychiczny osoby zatrzymanej musi być ustalony w czasie pozbawienia jej wolności¹³³. Za nielegalne uznano m.in.

¹³¹ Jedynie w 15 sprawach brak danych pozwalających na takie ustalenie. Najczęściej nie jest znana precyzyjna data powiadomienia sądu.

¹³² W sprawach – zgodnie z kolejnością: III RN 266/14 i III RNs 253/14 Sądu Rejonowego w Kołobrzegu oraz IV RNs 251/14 Sądu Rejonowego Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu. W ostatnim przypadku sąd (zupełnie niepotrzebnie) zastanawiał się w tym czasie nad swoją właściwością w związku z przetransportowaniem pacjenta do innego szpitala. Ostatecznie jednak dopuścił dowód z opinii biegłego, a postępowanie zakończyło się postanowieniem stwierdzającym, że przyjęcie uczestnika do szpitala było zasadne.

¹³³ Tak w uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 16 października 2012 r w sprawie Kędzior przeciwko Polsce, skarga nr 45026/07.

wydanie orzeczenia w oparciu o informacje o zdrowiu uzyskane 11 miesięcy wcześniej¹³⁴. W badanych sprawach wszystkie orzeczenia kończące sprawę merytorycznie były poprzedzone opiniami sporządzonymi na potrzeby tego postępowania w jego trakcie; w każdym razie zleconymi już po zatrzymaniu pacjenta.

Zgodnie ze stanowiskiem utrwalonym w judykaturze biegły zawsze powinien być wezwany na rozprawę niezależnie od tego, czy sąd zlecił mu opracowanie opinii ustnej czy pisemnej. Taki tryb postępowania, realizujący zasady bezpośredniości i kontradiktoryjności postępowania, pozwala stronom i sądowi na zadanie biegłemu pytań w kwestiach wynikłych na tle jego opinii pisemnej, co służy usunięciu wątpliwości mogących powstać u osób niedysponujących wiedzą fachową z danej dziedziny wiedzy oraz usunięciu wynikających z jej treści niejasności i sprzeczności. Postępowanie sądowe powinno doprowadzić do wyjaśnienia wszystkich okoliczności, w tym również wątpliwości wynikających z opinii biegłych¹³⁵. Tymczasem, w zbadanych sprawach o przymusowe leczenie psychiatryczne przypadki, w których wzywa się biegłego na rozprawę i gdy biegłego na rozprawie przesłuchano, można policzyć na palcach jednej ręki. Niejednokrotnie zresztą sąd nie doręczał przed rozprawą opinii uczestnikowi i ten – jeśli był obecny na rozprawie – zapoznawał się z nią dopiero w trakcie rozprawy, co – moim zdaniem – nie spełnia elementarnych norm procesowych.

¹³⁴ Tak w uzasadnieniu wyroku Wielkiej Izby ETPCz z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie Musiał przeciwko Polsce, skarga nr 24557/94. Podobnie w uzasadnieniu wyroku ETPCz z dnia 5 października 2000 r. w sprawie Varbanov przeciwko Bułgarii, skarga nr 31365/96.

¹³⁵ Z uzasadnienia wyroku SN z dnia 14 listopada 2013 r., IV CSK 135/13, LEX nr 1405234. Por. też uzasadnienie postanowienia SN z dnia 22 stycznia 2004 r., V CK 197/03.

4.3.5.3.1 Choroba psychiczna

Z art. 23 ustawy wynika, że hospitalizacja w tym trybie dotyczy wyłącznie osób chorych psychicznie. O tym, czy pacjent cierpi na chorobę psychiczną, sąd musi się przekonać, zasięgając opinii biegłego. Jak już zaznaczono, w każdej ze zbadanych spraw (w obu trybach: art. 23 i 24 ustawy) orzeczenie merytoryczne zapadło po uzyskaniu opinii.

W sprawach o przymusową hospitalizację w zdecydowanej większości przypadków z opinii wynikało jasno, że pacjent jest chory psychicznie (143 sprawy). Niemniej jednak, w co piątej sprawie nie było jednoznacznej diagnozy. Z sytuacją, w której nie daje się czytelnej odpowiedzi, mamy do czynienia w 35 przypadkach, z czego w 14 przypadkach opinia sugeruje, że pacjent raczej nie jest chory, a w siedmiu – że raczej jest. Co więcej, w dwóch sprawach, mimo że biegły wyraźnie stwierdza, że pacjent nie jest chory psychicznie, sąd postanawia umieścić go w szpitalu psychiatrycznym. Nie ma przy tym wątpliwości, że sprawy te toczyły się w trybie art. 23, a nie art. 24 ustawy¹³⁶.

W wielu przypadkach sąd – niedysponujący wszak wiedzą medyczną – nie uzyskuje jasnej odpowiedzi. Biegły nie podaje, czy pacjent jest chory psychicznie,

¹³⁶ Chodzi o sprawę III RNs 240/14 Sądu Rejonowego w Bolesławcu oraz o sprawę III RNs 15/14 Sądu Rejonowego w Złotoryi. W pierwszej z nich biegły nie stwierdził u pacjenta upośledzenia umysłowego ani choroby psychicznej w znaczeniu psychozy. Rozpoznał natomiast psychozę alkoholową oraz dodatkowo stan po złamaniu szyjki kości udowej. Zaburzenia psychiczne miały wystąpić u opiniowanego nagle podczas hospitalizacji na oddziale ortopedycznym i miały charakter ostrej psychozy z bardzo bogatą produkcją omamowo-urojeniową, a także psychotycznie motywowanymi zachowaniami agresywnymi. Z psychiatrycznego punktu widzenia – jak się wywodzi – powyższe skutkowało bezwzględną koniecznością leczenia psychiatrycznego, co ma uzasadniać przyjęcie pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego w myśl ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Lekarz odnotowuje przy tym, że w opisywanym okresie pacjent nie był zdolny do wyrażenia wymaganej zgody, iż dzięki zastosowanemu leczeniu doszło do częściowej poprawy stanu psychicznego, ale nadal utrzymują się objawy urojeniowe i brak krytycyzmu wymagające konsolidacji włączonej terapii, co – jak się konkluduje – skutkuje koniecznością dalszego pobytu i leczenia w zamkniętym oddziale psychiatrycznym. Na tej podstawie Sąd Rejonowy uznał za zasadne przyjęcie uczestnika bez jego zgody do szpitala psychiatrycznego. Warto dodać, że w sprawie tej jako podstawę prawną przyjęcia wskazano art. 22 ust. 5 ustawy. O ile można przyjąć, że możliwa jest w tym trybie hospitalizacja także osoby upośledzonej umysłowo, o tyle pacjent nie tylko nie jest chory, ale także upośledzony. W drugiej z wymienionych spraw z opinii biegłego wynika, że pacjent – całkowicie ubezwłasnowolniony, jest upośledzony umysłowo w stopniu znacznym, a miał zagrażać bezpośrednio swojemu życiu oraz życiu i zdrowiu innych osób z powodu nasilenia zaburzeń zachowania. Biegły stwierdził też, że pacjent nie był zdolny do zaspokajania samodzielnie podstawowych potrzeb życiowych i że uzasadnione było przewidywanie, iż leczenie szpitalne przyniesie poprawę jego stanu zdrowia psychicznego. Jako podstawę prawną przyjęcia wskazano jednak nie art. 22 ust. 5, lecz art. 23 ust. 1 ustawy.

ograniczając się do nomenklatury medycznej. Stwierdza się zatem u uczestników: „organiczne zaburzenia nastroju oraz upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim”¹³⁷, „zaburzenia zachowania oraz nastroju u osoby upośledzonej umysłowo”¹³⁸, „zaburzenia zachowania spowodowane upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym”¹³⁹, „zaburzenia zachowania i emocji na tle upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim”¹⁴⁰, „upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym ze znacznymi zaburzeniami zachowania”¹⁴¹, „zaburzenia zachowania w przebiegu otępienia”¹⁴², „zaburzenia urojeniowe w przebiegu zespołu otępiennego o znacznym nasileniu”¹⁴³, „otępienie głębokie ze wstawkami majaczeniowymi”¹⁴⁴, „zaburzenia zachowania na podłożu organicznym (w przebiegu choroby Alzheimera oraz okresowo występującymi wstawkami majaczenia)”¹⁴⁵, „przebytą reakcją sytuacyjną w przebiegu upicia alkoholowego”¹⁴⁶, „zaburzenia psychotyczne na tle zależności mieszanej”¹⁴⁷, „zaburzenia psychotyczne w przebiegu uzależnienia mieszanego”¹⁴⁸, „zaburzenia nastroju, zachowania i osobowości w przebiegu uzależnienia mieszanego”¹⁴⁹, „uzależnienie mieszane od kilku substancji psychoaktywnych”¹⁵⁰, „zaburzenia psychotyczne o obrazie zespołu urojeniowego prawdopodobnie na tle organicznym oraz podejrzenie nadużywania alkoholu”¹⁵¹, „majaczenie alkoholowe”¹⁵², „zespół zależności alkoholowej, zagrażające majaczenie drżenne”¹⁵³, „zespół abstynencyjny

¹³⁷ Sąd Rejonowy w Bolesławcu, sprawa III RNs 566/14.

¹³⁸ Sąd Rejonowy w Bolesławcu, sprawa III RNs 704/14.

¹³⁹ Sąd Rejonowy w Złotoryi, sprawa III RNs 2/14.

¹⁴⁰ Sąd Rejonowy w Złotoryi, sprawa III RNs 24/14.

¹⁴¹ Sąd Rejonowy w Gliwicach, sprawa V RNs 239/14.

¹⁴² Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku, sprawa V RNs 547/14.

¹⁴³ Sąd Rejonowy w Gliwicach, sprawa IV RNs 246/14.

¹⁴⁴ Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim, sprawa III RNs 608/14.

¹⁴⁵ Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku, sprawa IV RNs 745/14.

¹⁴⁶ Sąd Rejonowy w Bolesławcu, sprawa III RNs 679/14.

¹⁴⁷ Sąd Rejonowy w Złotoryi, sprawa III RNs 13/14.

¹⁴⁸ Sąd Rejonowy w Złotoryi, sprawa III RNs 26/14.

¹⁴⁹ Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku, sprawa V RNs 406/14.

¹⁵⁰ Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku, sprawa IV RNs 966/14.

¹⁵¹ Sąd Rejonowy w Gliwicach, sprawa IV RNs 112/14.

¹⁵² Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim, sprawa III RNs 383/14.

¹⁵³ Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim, sprawa III RNs 461/14.

ze wstawkami majaczeniowymi na podłożu przewlekłego alkoholizmu¹⁵⁴, „zaburzenia depresyjne z objawami psychotycznymi oraz epizody majaczeniowe”¹⁵⁵, „zespół psychoorganiczny o znacznym nasileniu”¹⁵⁶, czy po prostu „zaburzenia psychotyczne”¹⁵⁷.

W sprawie IV RNs 187/14 Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku biegły zdiagnozował „objawy organicznych zaburzeń nastroju i osobowości oraz szkodliwego używania alkoholu”. W sprawie III RNs 1/14 Sądu Rejonowego w Złotoryi stwierdza się, że uczestnik choruje na zespół zależności alkoholowej, a „w wyniku około dwumiesięcznego ciągu opilczego u w/w rozwinęły się objawy halucynozy”. W sprawie III RNs 621/14 Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim stwierdza się natomiast, że uczestnik – upośledzony umysłowo w stopniu umiarkowanym – „ujawnia cechy organicznych zaburzeń urojeniowych”. W sprawie IV RNs 367/14 Sądu Rejonowego w Gliwicach biegły rozpoznał u opiniowanego „objawy zaburzeń świadomości – zespołu majaczenia”. W sprawie IV RNs 364/14 Sądu Rejonowego w Gliwicach biegły zdiagnozował u pacjenta „zaburzenia psychotyczne o charakterze urojeniowo-omamowym”. Wreszcie, w sprawie III RNs 767/14 Sądu Rejonowego w Starogardzie rozpoznano u pacjentki „zaburzenia depresyjne, organiczne, otępienie naczyniopochodne”, chorobę Parkinsona i cukrzycę.

W niektórych sprawach wnioski o tym, że pacjent jest chory psychicznie, można wyprowadzić z uzasadnienia opinii biegłego. Niejednokrotnie mowa jest bowiem o skutkach choroby (np. „ze względu na znaczne nasilenie objawów choroby psychicznej” pacjentka „zagrozała swojemu życiu”¹⁵⁸), albo o tym, że pacjent był już hospitalizowany psychiatrycznie, względnie biegły powołuje się na spełnienie przesłanek z art. 23 ustawy¹⁵⁹. Nie zmienia to jednak faktu, że na pytanie sądu o chorobę psychiczną nie odpowiada się wprost, choć zazwyczaj sąd zleca biegłemu ustalenie, czy pacjent jest chory psychicznie. Na takie pytanie da się

¹⁵⁴ Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim, sprawa III RNs 729/14.

¹⁵⁵ Sąd Rejonowy w Gliwicach, sprawa IV RNs 233/14.

¹⁵⁶ Sąd Rejonowy w Bolesławcu, sprawa III RNs 590/14.

¹⁵⁷ Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim, sprawa III RNs 599/14.

¹⁵⁸ Tak w sprawie IV RNs 182/14 Sądu Rejonowego w Gliwicach.

¹⁵⁹ Co nie jest prawidłowe, bo jest to kwestią oceny sądu, a nie biegłego.

odpowiedzieć jednoznacznie. Jeśli zaś odpowiedzi nie da się udzielić – to nie ma podstaw do hospitalizacji w trybie nagłym.

4.3.5.3.2. Teza dowodowa

4.3.5.3.2.1. Choroba psychiczna – art. 23 ustawy

Czasami jednak błędna teza opinii jest pochodną wadliwie postawionego pytania. W sprawach, w których podstawą normatywną rozstrzygnięcia ma być art. 23 ustawy, należałoby zawsze stawiać pytanie o to, czy pacjent jest chory psychicznie. Jest to wszak punkt wyjścia dla oceny legalności przymusowej hospitalizacji, zwłaszcza, gdy w chwili dopuszczenia dowodu trwa ona już ponad 10 dni i jest kontynuowana. Tymczasem, w wielu przypadkach nie stawia się takiego pytania w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy¹⁶⁰.

Na przykład w sprawie III RNs 325/14 Sąd Rejonowy w Bielsku Podlaskim dopuścił dowód z opinii biegłego „na okoliczność stanu zdrowia uczestnika postępowania (...) oraz wypowiedzenie się odnośnie zasadności przyjęcia jego do szpitala, czy w momencie przyjęcia stanowił on bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia lub zdrowia, bądź też innych osób”. Innym przykładem może być postanowienie wydane przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku w sprawie V RNs 365/14, gdzie sąd dopuścił „dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry na okoliczność stanu zdrowia psychicznego (...), potrzeby leczenia w/w w szpitalu psychiatrycznym, w szczególności czy przed hospitalizacją zagrażał bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób”. Podobnie w sprawie III RNs 242/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim, gdzie sąd dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry „na okoliczność stwierdzenia stanu zdrowia

¹⁶⁰ Łatwo zaobserwować, że sądy, a czasami niektórzy referenci, stosują wzory postanowień. Trudno się temu dziwić w sytuacji, gdy tezę dowodową determinuje nie tyle stan faktyczny, ile niezmienna treść przepisu. Praktyka wykorzystania gotowych wzorów zasługuje na aprobatę, lecz niestety wzory te rzadko odpowiadają rzeczywistej potrzebie, jaką należy rozstrzygnąć w tym postępowaniu. Problem nie jest wszak skomplikowany. W sprawach o przymusową hospitalizację biegły powinien ustalić najpierw, czy mamy do czynienia z osobą chorą psychicznie. Dopiero przy pozytywnej odpowiedzi na to pytanie, powinien ocenić dotychczasowe zachowanie tej osoby i ocenić prawdopodobieństwo nastąpienia wskazanych tu skutków. Chodzi o ocenę zachowania pod kątem prognozy zagrożenia ze strony pacjenta. Przy czym, co wymaga wyraźnego podkreślenia, zagrożenie to ma być skierowane bezpośrednio przeciwko własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

psychicznego uczestnika postępowania (...) oraz wypowiedzenie się, czy dotychczasowe zachowanie uczestnika wskazuje, iż ze względu na chorobę psychiczną stanowi on bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia swojego bądź też innych osób”. W sprawie tej jako podstawę prawną przyjęcia pacjenta do szpitala wyraźnie wskazano art. 23 ustawy.

Zbliżony problem pojawia się w sprawie III RNs 448/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim, gdzie sąd postanowił „dopuszczyć dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry (...) na okoliczność stanu zdrowia psychicznego uczestniczki i zasadności jej przyjęcia do szpitala w świetle ustawy o ochronie zdrowia psychicznego”. W tym drugim przypadku ujawnia się inna słabość metodologiczna – nie powinno budzić wątpliwości, że kwalifikacja prawna określonego zachowania jest rzeczą sądu, a nie biegłego. Stawiając tezę tego rodzaju, sąd oczekuje od biegłego rozstrzygnięcia sprawy. Tak samo w sprawie VI RNs 247/14 Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli w Warszawie, gdzie dopuszczono dowód „z opinii biegłego lekarza psychiatry celem ustalenia, czy (...) w dacie przyjęcia (...) pacjenta do szpitala wbrew jego zgodzie zostały spełnione przesłanki z art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jeśli tak – to w czym się one przejawiały 2) ustały przesłanki uzasadniające pobyt w/w pacjenta w szpitalu wbrew jego woli”¹⁶¹.

W wielu sprawach sądy zlecają ustalenie nie tylko istnienia choroby psychicznej, lecz także innych zaburzeń psychicznych. Przykładowo, w sprawie IV RNs 246/14 Sądu Rejonowego w Gliwicach dopuszczono dowód z opinii biegłego „na okoliczność, czy uczestnik postępowania wykazywał objawy choroby psychicznej bądź zaburzeń psychicznych i czy w świetle tej choroby bądź zaburzeń psychicznych zagrażał życiu własnemu bądź życiu i zdrowiu innych osób”. Sąd ten stosuje zbliżoną tezę we wszystkich niemal sprawach. Podobnie Sąd Rejonowy w Radzynie Podlaskim, który pyta biegłego o to, czy uczestnik „jest osobą chorą psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi”¹⁶².

Czasami pośrednio zamieszcza się w tezie postanowienia dowodowego pytanie o chorobę psychiczną. Na przykład w sprawie III RNs 375/14 Sąd Rejonowy w Bielsku Podlaskim dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry „na

¹⁶¹ Tak samo w sprawie VI RNs 621/14 tego samego sądu.

¹⁶² Tak w sprawie III RNs 7/14 czy w sprawie III RNs 25/14.

okoliczność stwierdzenia stanu zdrowia psychicznego uczestnika postępowania (...), w szczególności, czy wymaga on leczenia szpitalnego, jeśli tak, to czy z powodu swej choroby zagraża bezpośrednio własnemu zdrowiu i życiu, czy też innych osób oraz czy z tego powodu jest niezdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadniona jest prognoza, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jego stanu zdrowia, ewentualnie czy nieumieszczenie jego w szpitalu spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia psychicznego”¹⁶³. Podobnie formułuje tezę dowodową Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim, gdzie we wszystkich sprawach, w których dopuszczono dowód z opinii biegłego, sąd zleca „dowód z opinii lekarza biegłego psychiatry na okoliczność stanu zdrowia psychicznego” pacjenta, „czy w chwili przyjęcia do szpitala zagrażał z powodu choroby psychicznej bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób i na czym to zagrożenie polegało”.

4.3.5.3.2.2. Zaburzenia psychiczne – art. 24 ustawy

O zaburzeniach psychicznych mowa jest w art. 24 ust. 1 ustawy¹⁶⁴. W tym przypadku pytanie o to, czy pacjent w chwili przyjęcia do szpitala przejawiał zaburzenia tego rodzaju, jest pytaniem na miejscu. Tymczasem, w niektórych sprawach sądy zlecają biegłemu ustalenie, czy pacjent jest chory psychicznie. Praktykę taką stosuje Sąd Rejonowy w Bolesławcu, zlecając biegłemu opinię „na okoliczność, czy w/w jest osobą chorą psychicznie i czy w związku z tym w chwili przyjęcia do szpitala zagrażał bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a także, czy jego dalszy pobyt w szpitalu jest zasadny”¹⁶⁵. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w sprawie III RNs 138/14 Sądu Rejonowego w Kołobrzegu, który dopuszcza „dowód z opinii lekarza psychiatry (...) na okoliczności związane z przyjęciem uczestniczki postępowania (...) do szpitala psychiatrycznego w dniu (...), a w szczególności czy uczestniczka postępowania w chwili przyjęcia do szpitala była chora psychicznie, w czym się przejawiała ta

¹⁶³ Taką samą tezę można spotkać w większości spraw tego sądu.

¹⁶⁴ Nie chodzi tu jednak o osobę, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy, ale o osobę, która przejawia zaburzenia o nieznannej etiologii, i z tego właśnie powodu wymaga obserwacji. Na różnicę tę zwraca się uwagę w orzecznictwie. Zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 3 października 2008 r., I CSK 131/08, LEX nr 510989.

¹⁶⁵ Tak w sprawach III RNs 360/14, III RNs 559/14 i III RNs 708/14.

choroba, jak się zachowywała w chwili przyjęcia do szpitala, czy w tym czasie stanowiła bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia lub życia innych osób, w czym się to przejawiało, to jest co w tym czasie konkretnie zrobiła lub z dużym prawdopodobieństwem mogła zrobić, w jaki sposób i jakie środki zostały użyte wobec uczestniczki podczas zagrożenia”.

4.3.5.3.2.3. Zagrożenie życia i zdrowia

Istnieje jednakowa prognoza co do obaw o zachowanie pacjenta dla osób zatrzymanych w trybie art. 23 i 24 ustawy. W obu przypadkach ustawodawca uzależnia przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody od bezpośredniego zagrożenia własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób. W szczególności, podstawy do hospitalizacji nie stanowi zagrożenie własnego zdrowia. Tymczasem, w wielu tezach dowodowych ignoruje się ten fakt, polecając biegłemu ustalenie, czy uczestnik zagraża bezpośrednio „własnemu życiu lub zdrowiu albo życiu i zdrowiu innych osób”¹⁶⁶.

4.3.5.3.2.4. Inne uchybienia przy formułowaniu tez dowodowych

W postanowieniach dowodowych pojawiają się także inne kompilacje przesłanek zatrzymania pacjenta w szpitalu. Przykładowo, w sprawie III RNs 7/14 Sądu Rejonowego w Radzynie Podlaskim zlecono biegłemu zbadanie, czy zachowanie uczestniczki postępowania „w chwili przyjęcia do szpitala wskazywało na to, że z powodu choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo zdrowiu innych osób”. Z kolei, w sprawie III RNs 253/14 Sądu Rejonowego w Kołobrzegu sąd był zainteresowany jedynie tym, czy uczestniczka „stanowiła bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia lub życia innych osób”. Trzeba dodać, że nie były to przypadki odosobnione.

W niektórych przypadkach sąd zleca badanie przesłanek wspólnych dla art. 23 i 24 ustawy. Przykładowo, w tezie dowodowej postanowienia wydanego przez Sąd

¹⁶⁶ Tak w sprawie III RNs 127/14 Sądu Rejonowego w Szczecinku. Podobnie Sąd Rejonowy w Bielsku Podlaskim w sprawie III RNs 147/14, gdzie biegły ma ustalić, czy pacjent „z powodu swej choroby zagraża bezpośrednio własnemu zdrowiu i życiu, czy też innych osób” (tak samo ten sam sąd w większości pozostałych zbadanych spraw).

Rejonowy Poznań-Grunwald i Jeżyce w sprawie IV RNs 570/14 zleca się biegłemu ustalenie, „czy uczestniczka (...) cierpi na chorobę psychiczną i czy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób i jej przyjęcie w związku z tym do szpitala psychiatrycznego w dniu (...) było zasadne, bądź czy zachodziły wówczas wątpliwości, czy uczestniczka jest chora psychicznie i w związku z tym powinna zostać w dniu (...) przyjęta do szpitala psychiatrycznego w celu wyjaśnienia tych wątpliwości”.

W wielu sprawach sądy – zlecając biegłemu opinię – stawiają pytanie o przesłanki z art. 29 ustawy, co nie jest prawidłowe, bo w żadnym razie sąd nie może zlecić hospitalizacji z przyczyn wskazanych w tym przepisie w postępowaniu wszczętym z urzędu. Przykładowo, w postanowieniu dowodowym wydanym w sprawie III RNs 1/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim sąd powołał biegłego „na okoliczność stwierdzenia stanu zdrowia psychicznego uczestnika postępowania (...), w szczególności, czy wymaga on leczenia szpitalnego, jeśli tak, to czy z powodu swej choroby zagraża bezpośrednio własnemu zdrowiu i życiu, czy też innych osób oraz czy z tego powodu jest niezdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadniona jest prognoza, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jego stanu zdrowia, ewentualnie czy nieumieszczenie jego w szpitalu spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia psychicznego”. Taką samą tezę zastrzega się w innych sprawach tego sądu. Podobne pytanie zadaje biegłemu Sąd Rejonowy w Złotoryi, który poleca biegłemu przebadanie pacjenta i „wydanie opinii na temat stanu zdrowia uczestnika postępowania, w szczególności: na jaką chorobę cierpi, czy z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób, czy nieprzyjęcie go do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu psychicznego, czy jest zdolny do samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie szpitalne przyniesie poprawę jego stanu psychicznego”. Teza tego rodzaju pojawia się we wszystkich sprawach tego sądu.

4.3.5.3.2.5. Zakres kontroli sądu/ustaleń biegłego

Przedmiotem kontroli sądu jest nie tylko legalność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, lecz także legalność dalszego pobytu, o czym pośrednio stanowi art. 45 ust. 2 ustawy, a co w praktyce jest aktualne w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy. Za prawidłową uznać należy zatem tezę dowodową, powtarzającą się w wielu postanowieniach dowodowych, w której zleca się biegłemu opinię w celu ustalenia, czy pacjent „jest osobą chorą psychicznie i czy w związku z tym w chwili przyjęcia do szpitala zagrażał bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a także, czy jego dalszy pobyt w szpitalu jest zasadny”¹⁶⁷.

Niektóre tezy dowodowe ignorują to, że zarówno w art. 23, jak i art. 24 ustawy chodzi o prognozę opartą na dotychczasowych doświadczeniach, nie zaś o sytuację pacjenta w chwili przyjęcia do szpitala. Przykładowo, w sprawie V RNs 59/14 Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku sąd dopuścił „dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry na okoliczność tego, czy w dniu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego wskutek zaburzeń psychicznych uczestnik zagrażał bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób”. Tymczasem, chodzi o ocenę dotychczasowego postępowania pacjenta, która pozwala na wyprowadzenie wniosku, że stanowi on określone zagrożenie dla siebie lub innych. Zdecydowana większość postanowień dowodowych odnosi się do zagrożenia ze strony uczestnika w chwili przyjęcia do szpitala.

Do pewnego stopnia zgłoszony wyżej postulat realizuje postanowienie dowodowe wydane w sprawie III RNs 138/14 przez Sąd Rejonowy w Kołobrzegu. Niemniej jednak teza tego postanowienia jest zakreślona zbyt szeroko, a do tego nie została ona dostosowana do hipotezy art. 24 ust. 1 ustawy, ale raczej do wymagań zakreślonych w art. 23 ust. 1 ustawy, choć sprawa dotyczyła tego pierwszego przepisu.

¹⁶⁷ Taką tezę dowodową formułuje Sąd Rejonowy w Bolesławcu.

4.3.5.3.2.6. *Forma decyzji dowodowej*

Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego wymaga postanowienia dowodowego, co wynika z art. 236 w zw. z art. 13 § 2 k.p.c. Nie należy zapominać, że w sprawach toczących się w trybie art. 23, 24 i 29 ustawy stosuje się przepisy kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym (art. 42 ustawy). W praktyce zresztą postanowienia takie są wydawane. Odmienną praktykę stosuje Sąd Rejonowy w Bolesławcu, gdzie sędzia w zarządzeniu o wyznaczeniu rozprawy ogranicza się do wzmianki „zlecić biegłemu opinię”, a teza dowodowa pojawia się dopiero w piśmie skierowanym do biegłego. Pismo to jest podpisane w każdym razie przez sędziego, mając – jak się zdaje – stanowić surogat postanowienia.

4.3.6. **Orzeczenia**

Ustawodawca nie podaje, jak powinno brzmieć orzeczenie o przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Nie przesądza nawet, jaki jest charakter tego orzeczenia. Wydaje się, że skoro rola sądu polega głównie na legalizacji zatrzymania, to sąd wydaje orzeczenie deklaratywne, akceptując działanie szpitala polegające na pozbawieniu pacjenta wolności lub prawa do odmowy udzielenia pomocy medycznej, a w niektórych przypadkach na dalszym utrzymywaniu się tego stanu rzeczy.

Praktyka, gdy chodzi o brzmienie sentencji orzeczeń sądów, jest bardzo różnorodna. Sądy w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy:

- „uznają za zasadne” przyjęcie uczestnika w określonej dacie do szpitala,
- „orzekają”, że przyjęcie uczestnika do szpitala psychiatrycznego w określonej dacie bez jego zgody w trybie art. 23 ustawy było uzasadnione,
- „stwierdzają zasadność” przyjęcia uczestnika do szpitala bez wymaganej zgody¹⁶⁸,
- „przyjmują” pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody,

¹⁶⁸ Taka formuła dominuje. Zastosowano ją w 70 przebadanych sprawach.

- „umieszczają” pacjenta w szpitalu psychiatrycznym (bez jego zgody), stwierdzając przy tym niekiedy, że „niniejsze postanowienie zastępuje zgodę uczestnika postępowania na przyjęcie do szpitala”.

W jednej tylko sprawie toczącej się w trybie art. 23 ustawy sąd odniósł się do dalszej hospitalizacji, nakazując niezwłoczne wypisanie pacjenta¹⁶⁹.

Orzekając w przedmiocie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 24 ustawy, sądy:

- „stwierdzają zasadność przyjęcia” pacjenta do szpitala psychiatrycznego w określonej dacie (bez wymaganej zgody) w trybie art. 24 ustawy,
- „stwierdzają zasadność przyjęcia” pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody w określonym dniu,
- „uznają za zasadne” przyjęcie uczestnika bez jego zgody do szpitala psychiatrycznego w określonej dacie,
- „orzekają, że przyjęcie” uczestnika do szpitala psychiatrycznego w określonej dacie bez jego zgody „było uzasadnione (zasadne)”.

Należy w tym miejscu odnotować, że w żadnej z przebadanych spraw, toczących się w trybie art. 23 i 24 ustawy, sąd nie odmówił zatwierdzenia czynności pozbawienia pacjenta wolności. Okoliczność ta może świadczyć albo o bardzo wyważonym korzystaniu przez szpitale psychiatryczne z możliwości przymusowego pozbawienia pacjentów wolności, albo – co jest w świetle prowadzonych badań bardziej prawdopodobne – o powierzchownym traktowaniu tego rodzaju spraw przez sądy.

Jak widać, treść orzeczenia nie zawsze rozstrzyga o tym, w jakim trybie doszło do zatwierdzenia zatrzymania. Nie jest to praktyka prawidłowa ze względu na to, że w każdym przypadku, gdy zatrzymanie trwało dłużej niż 10 dni, jedynym trybem legalizującym dłuższy pobyt pacjenta w szpitalu jest tryb art. 23 ustawy. Tymczasem, postanowienie wydawane przez sąd nie pozwala niejednokrotnie na przesądzenie tej kwestii.

¹⁶⁹ Sentencja orzeczenia brzmi w sposób następujący: „1) uznać za zasadne przyjęcie uczestniczki postępowania (...) ur. (...) zam. (...) bez jej zgody, do szpitala psychiatrycznego (...) w dniu (...). 2) stwierdzić, iż dalszy przymusowy pobyt uczestniczki (...) w szpitalu psychiatrycznym w (...) nie jest celowy i nakazać jej niezwłoczne wypisanie”.

Czasami jest natomiast odwrotnie: w jednej ze spraw wszczętych w trybie art. 24 ustawy sąd wydał postanowienie o następującej treści: „orzec, że przyjęcie (...) ur. (...) syna (...) zam. (...) do szpitala psychiatrycznego w dniu (...) bez jego zgody w trybie art. 23 ust. 1 ustawy było uzasadnione”¹⁷⁰.

W dość licznych przypadkach sądy doręczają odpis postanowienia kończącego postępowanie uczestnikowi nieobecnemu na rozprawie, a „osadzonemu” w szpitalu psychiatrycznym. Jest to, jak należy mniemać, wynik analogicznego stosowania art. 327 § 2 k.p.c.¹⁷¹. Praktyka taka zasługuje na aprobatę, ponieważ sytuacja pacjenta szpitala psychiatrycznego jest w tym przypadku zbieżna z sytuacją osoby pozbawionej wolności, w rozumieniu tego przepisu.

4.3.7. Środki odwoławcze

Tylko w jednej z 31 zbadanych spraw toczących się w trybie art. 24 ustawy sporządzono uzasadnienie (nie licząc postanowień umarzających postępowanie, które zwykle zapadały na posiedzeniu niejawnym i były uzasadniane z urzędu). W sprawie tej wywiedziono apelację, oddaloną przez sąd odwoławczy. W sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy uzasadnienie orzeczenia merytorycznego sporządzono w trzech przypadkach. Tylko w jednej sprawie wywiedziono apelację, która została oddalona. W obu przypadkach przewodniczący nie wzywał autora apelacji do usunięcia jej braków formalnych, choć wniesiony środek zaskarżenia nie spełniał elementarnych warunków apelacji. Praktyka ta jest prawidłowa i znajduje zakotwiczenie w treści art. 47 ustawy.

4.3.8. Umożenie postępowania

Jak już podniesiono, duża część spraw prowadzonych na obu podstawach prawnych została umorzona. Nie zawsze było to rozstrzygnięcie trafne, bo – jak przyjmuje się w judykaturze – podstawą umorzenia postępowania w przedmiocie legalizacji zatrzymania pacjenta w szpitalu psychiatrycznym może być wyłącznie zgoda na hospitalizację, odpowiadająca warunkom określonym w art. 3 pkt 4

¹⁷⁰ W sprawie III RNs 109/14 Sądu Rejonowego w Radzynie Podlaskim.

¹⁷¹ Praktykę taką zalecają T. Cysek, Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy...*, s. 100.

ustawy albo decyzja sędziego wizytującego szpital o natychmiastowym wypisaniu pacjenta, wydana na podstawie art. 45 ust. 2 ustawy. Podstawy do umorzenia postępowania nie stanowi fakt, że pacjent nie przebywa już w szpitalu ani nawet śmierć pacjenta, skoro rola sądu polega w głównej mierze na zbadaniu, czy przyjęcie pacjenta do szpitala było zasadne¹⁷².

Przed umorzeniem postępowania sąd musi się przekonać, czy zgoda wyrażona przez pacjenta jest świadoma i swobodna w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy. Dlatego jest obowiązany wysłuchać pacjenta (art. 26 ust. 2 ustawy). W tym miejscu trzeba odnotować, że łącznie, wzięwszy pod uwagę obie kategorie spraw toczących się z urzędu, umorzono 30% z nich.

Zgoda pacjenta została odnotowana w protokole wysłuchania przeprowadzonego przez sędziego wizytującego szpital¹⁷³ albo w protokole rozprawy. Jedynie w siedmiu przypadkach zgodę wyrażono także na piśmie¹⁷⁴. Należy przy tym zauważyć, że na podstawie protokołów wysłuchania nie da się ocenić, na ile były to oświadczenia świadome. Brak jeszcze na tym etapie opinii biegłego, która pozwalałaby to przesądzić.

Na 31 spraw rozpoznanych w trybie art. 24 ustawy umorzono 12, co stanowi 37,5% wszystkich spraw. We wszystkich sprawach wysłuchano pacjentów (przez sędziego wizytującego szpital). W żadnej z nich nie wyznaczano rozprawy, bo oświadczenie

¹⁷² Por. uchwałę SN z dnia 6 lutego 1996 r., III CZP 6/96, OSNC 1996, nr 7–8, poz. 95, i jej uzasadnienie, w którym słusznie zauważa się, że wypisanie pacjenta ze szpitala nie czyni orzeczenia ani zbędnym, ani niedopuszczalnym. Por. także uzasadnienia: postanowienia SN z dnia 14 lutego 1996 r., II CRN 201/95, LEX nr 24925; wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 21 marca 2014 r., I ACa 834/13, LEX nr 1444722.

¹⁷³ W literaturze podnosi się, że zgoda musi być wyrażona przed sądem, a wyrażenie jej przed sędzią wizytującym nie stanowi dostatecznej podstawy do umorzenia postępowania. Tak: T. Cysek, Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy...*, s. 100. Pogląd ten akceptuje J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 142. Przychyłając się do tego stanowiska, trzeba zauważyć, że znajduje ono zakotwiczenie w treści art. 26 ust. 2 ustawy, gdzie mowa jest o obowiązku wysłuchania pacjenta przed umorzeniem postępowania przez sąd, a nie przez sędziego. Praktyka, jak widać, jest zupełnie inna.

¹⁷⁴ Nie powinno to być jednak przedmiotem krytyki, bo w mojej ocenie zachowanie formy pisemnej nie jest konieczne. Wprawdzie art. 23 i 24 ustawy stanowią o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy, a w przepisie tym ustawodawca domaga się zgody na piśmie, ale moim zdaniem forma ta nie ma zastosowania w postępowaniu sądowym i wystarczające jest wciągnięcie zgody do protokołu. Zgoda wyrażana przy przyjęciu do szpitala powinna być na piśmie głównie po to, aby umożliwić zbadanie sądowi legalności przyjęcia. Por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 czerwca 2013 r., I ACa 361/13, LEX nr 1342253. W tym przypadku potrzeba taka nie zachodzi, bo zgoda składana jest przed sądem i od razu przezeń weryfikowana.

wyrażające zgodę na obserwację w szpitalu złożono już na etapie wstępnego wysłuchania. We wszystkich tych przypadkach zgoda na obserwację w szpitalu została złożona wyraźnie, w tym w dwóch przypadkach nie tylko do protokołu, lecz także na piśmie.

Na 180 spraw rozpoznanych w trybie art. 23 ustawy postępowanie umorzono w 52 sprawach, co stanowi prawie 29% wszystkich przebadanych spraw. Tylko w jednej sprawie, w której umorzono postępowanie, nie podjęto próby wysłuchania pacjenta¹⁷⁵. We wszystkich pozostałych przypadkach, w których doszło do umorzenia postępowania, pacjenci zostali wysłuchani przez sędziego wizytującego szpital.

W zdecydowanej większości przypadków, w których wyrażono zgodę na hospitalizację, wyrażono ją już na etapie wysłuchania przez sędziego wizytującego szpital. Tylko w pięciu sprawach postanowienie umarzające postępowanie zapadło po przeprowadzeniu rozprawy, w tym w trzech przypadkach z powodu zgody na pobyt w szpitalu wyrażonej na rozprawie. W dwóch pozostałych przypadkach umorzono postępowanie z innych przyczyn.

W większości przypadków, w których pacjenci wyrazili zgodę na hospitalizację, wyrażono ją wyraźnie (w 28 sprawach), z tym że w jednej z nich pacjent, deklarując zgodę, nie chciał podpisać oświadczenia w tym przedmiocie¹⁷⁶ i mimo to sąd umorzył postępowanie. W takiej sytuacji można mieć wątpliwości co do tego, czy pacjent był zdolny do wyrażenia zgody w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy.

W trzech przypadkach, w których umorzono postępowanie po wysłuchaniu pacjenta, nie da się ustalić, czy pacjent wyraził zgodę, bo nie wynika to jednoznacznie z protokołu wysłuchania; w trzech przypadkach o zgodę nie pytano.

¹⁷⁵ W sprawie III RNs 120/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim. Wysłuchanie nie było możliwe, bo pacjenta przeniesiono na oddział aresztowy.

¹⁷⁶ Sprawa IV RNs 87/14 Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku.

Tylko w jednym przypadku nie umorzono postępowania mimo zgody na hospitalizację¹⁷⁷. W pozostałych przypadkach umorzono postępowanie od razu po wyrażeniu zgody w trakcie wysłuchania.

W jednej sprawie umorzono postępowanie, mimo że z protokołu wysłuchania wynika, iż pacjent nie wyraził zgody na hospitalizację (wyrażna odmowa). Postanowienie nie zostało uzasadnione, wobec czego nieznane są motywy działania sądu¹⁷⁸.

W mojej ocenie podstawy do umorzenia postępowania nie stanowi śmierć pacjenta. Rola sądu polega wszak na kontroli dokonanej już czynności. Mimo to w dwóch przypadkach w badanych sprawach postępowanie umorzono z tej przyczyny¹⁷⁹. Podstawy do umorzenia postępowania nie stanowi tym bardziej wypisanie pacjenta ze szpitala, z tych samych zresztą przyczyn. Tymczasem, z powodu opuszczenia szpitala przez pacjenta umorzono dwa postępowania¹⁸⁰.

¹⁷⁷ W sprawie IV RNs 966/14 Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku. Ostatecznie sąd umorzył jednak postępowanie, po powtórnie wyrażonej zgodzie na rozprawie.

¹⁷⁸ Sprawa III RNs 24/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

¹⁷⁹ W sprawie III RNs 17/14 Sądu Rejonowego w Złotoryi oraz w sprawie III RNs 375/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim. W pierwszej z wymienionych spraw pacjent zmarł już po wyjściu ze szpitala.

¹⁸⁰ Chodzi o sprawy III RNs 246/14 i III RNs 120/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim. W tej drugiej sprawie sąd uznał, że wydanie orzeczenia stało się zbędne, bo pacjenta przeniesiono do innego szpitala (na oddział aresztowy) na zlecenie sądu karnego.

5. Hospitalizacja psychiatryczna w trybie wyłącznie wnioskowym

5.1. Przesłanki hospitalizacji wyłącznie wnioskowej

Do szpitala psychiatrycznego – zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy – może być przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy, osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego. Bez zgody na hospitalizację może być przyjęta także osoba chora psychicznie, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, w sytuacji gdy uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

W orzecznictwie akcentuje się wyjątkowy charakter rozwiązania przyjętego w art. 29 ust. 1 ustawy, polecając baczyć na to, że pozbawienie wolności w tym trybie jest ingerencją w sferę wolności i nietykalności osobistej człowieka. Z tego powodu poleca się szczególnie wnikliwą kontrolę w zakresie spełnienia ustawowych przesłanek jej zastosowania, zwłaszcza, gdy osoba dotknięta nią odczuwa pokrzywdzenie i kwestionuje jej zastosowanie. Obowiązkiem sądu ma być czuwanie, aby korzystanie z przewidzianego w art. 29 ust. 2 ustawy uprawnienia przez wskazane w nim osoby następowało wyłącznie w tych przypadkach, w których spełnione zostały ustawowe przesłanki przymusowej hospitalizacji osoby chorej psychicznie. Orzekając o tej hospitalizacji, sąd powinien ściśle kierować się wskazanymi w ustawie przesłankami jej zastosowania, nie może ich poddawać ani wykładni rozszerzającej, ani analogii, ponieważ konsekwencją postanowienia uwzględniającego wniosek jest ingerencja w sferę praw i wolności obywatelskich

osoby chorej psychicznie¹⁸¹. Rozstrzygnięcie wydawane w tym trybie powinno być celowe z punktu widzenia dobra i interesu osoby, której dotyczy¹⁸².

Orzecznictwo SN definiuje także przesłanki zastosowania omawianego przepisu. I tak, przez pojęcie „znacznego pogorszenie stanu zdrowia psychicznego” rozumie się w judykaturze „doprowadzenie się przez osobę chorą psychicznie, na skutek niepodejmowania leczenia, do stanu uniemożliwiającego jej funkcjonowanie w rodzinie, w miejscu zamieszkania lub w pracy”¹⁸³. Takie wąskie ujęcie ma pozwolić na ograniczenie przymusowej hospitalizacji do tych osób, dla których jest ona prawdziwie niezbędna. W opinii SN omawiany przepis nie daje legitymacji do hospitalizacji osób chorych psychicznie, które zachowują się w sposób nawet rażąco odbiegający od wymagań społecznych, ale mogą funkcjonować bez większych trudności w rodzinie, miejscu zamieszkania i pracy¹⁸⁴.

Akcentuje się także, że przymusową hospitalizację uzasadnia nie każda obawa o pogorszenie stanu zdrowia, a jedynie taka prognoza, że pogorszenie to będzie znaczne¹⁸⁵. Hospitalizacja ma w tym przypadku na celu ratowanie zdrowia psychicznego pacjenta przed dalszą, istotną degradacją, a nie poprawę stanu zdrowia. Uzasadnione przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę stanu zdrowia, jest wyłącznie elementem przesłanki łączącej hospitalizację z brakiem zdolności do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Przesłanką zastosowania hospitalizacji w trybie art. 29 ust. 1

¹⁸¹ Tak SN w uzasadnieniu postanowienia z dnia 22 kwietnia 2010 r., V CSK 384/09. Podobnie w uzasadnieniu postanowienia SN z dnia 27 lutego 2008 r., III CSK 318/07, LEX nr 452962. Zwraca się na to uwagę w literaturze. Zob. M. Sychowicz, *Postępowanie sądowe...*, s. 15. Por. uzasadnienia postanowień SN z dnia 12 lipca 1998 r., II CRN 81/96, OSNC 1996, nr 12, poz. 164, oraz z dnia 22 lipca 2010 r., I CSK 234/10, LEX nr 686075.

¹⁸² Zob. uzasadnienie postanowienia SN dnia z 22 lipca 2010 r., I CSK 234/10 i przywołane tam orzecznictwo. W tym samym duchu SN wypowiedział się w uzasadnieniu postanowień z dnia 12 lutego 1997 r., II CKU 72/96, OSNC 1997, nr 6–7, poz. 84; z dnia 16 kwietnia 2009 r., I CSK 402/08 oraz z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 575/11.

¹⁸³ Z uzasadnienia postanowienia SN z dnia 22 kwietnia 2010 r., V CSK 384/09.

¹⁸⁴ Tamże.

¹⁸⁵ Tak SN w uzasadnieniu postanowień z dnia 6 sierpnia 2014 r., V CSK 145/14 oraz z dnia 16 kwietnia 2009 r., I CSK 402/08.

pkt 1 ustawy jest bowiem prognoza pogorszenia, a nie nadzieja na polepszenie zdrowia psychicznego¹⁸⁶.

Dodać trzeba, że obie przesłanki wyrażone w tym przepisie mają charakter samodzielny w tym sensie, iż przymusową hospitalizację uzasadnia już wystąpienie jednej z nich¹⁸⁷.

5.2. Legitymacja czynna

Postępowanie w tym przedmiocie, inaczej niż w przypadkach określonych w art. 23 i 24 ustawy, toczy się na wniosek. Nie może być zresztą wszczęte z urzędu. Zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy o potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie, wymagającej hospitalizacji z przyczyn wskazanych w ust. 1 tego przepisu, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę¹⁸⁸. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym¹⁸⁹, o którym mowa w art. 8 ustawy, wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej. Legitymację czynną w tych sprawach mają zatem wyłącznie wskazane tu osoby. Postępowanie to, w szczególności, nie może być wszczęte z urzędu¹⁹⁰.

Omawiane tu sprawy inicjowane były najczęściej przez członków rodziny lub osoby sprawujące faktyczną opiekę (w 25 przypadkach na 40 spraw), w tym w dziewięciu

¹⁸⁶ Tak w uzasadnieniu postanowienia SN z dnia 12 lipca 1996 r., II CRN 81/96. Por. J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 146 i nast.; B. Janiszewska, *Zadania sądu opiekuńczego...*, s. 48.

¹⁸⁷ Zwraca na to uwagę SN w uzasadnieniu postanowienia z dnia 15 kwietnia 1999 r., I CKN 1096/97, LEX nr 1213451.

¹⁸⁸ W literaturze przedmiotu pojęcie to wykląda się dosyć elastycznie. Zob. K. Korzan, *Postępowanie w sprawach ochrony zdrowia psychicznego*, „Rejent” 1996, nr 6, s. 30.

¹⁸⁹ Także to pojęcie jest w orzecznictwie interpretowane dosyć szeroko. W uzasadnieniu postanowienia z dnia 11 maja 2012 r., II CSK 678/11, LEX nr 1215054, SN przyjął, że pacjentka była objęta oparciem społecznym w sytuacji, gdy pracownik socjalny wnioskodawcy odwiedzał uczestniczkę, prowadził z nią rozmowy, pouczał w celu udzielenia jej pomocy w ułożeniu prawidłowych relacji z sąsiadami, jak też zorganizował wizytę w jej mieszkaniu lekarza psychiatry.

¹⁹⁰ Por. uzasadnienie wyroku TK z dnia 4 lipca 2006 r., K 43/05, OTK-A 2006, nr 7, poz. 78, dotyczącego katalogu podmiotów uprawnionych do wszczęcia postępowania o zastosowanie wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (obecnie tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 1286).

przypadkach przez matkę, w jednym przez ojca, w dwóch przypadkach przez oboje rodziców, w jednej ze spraw przez męża, w dwóch przez siostrę, w trzech przypadkach przez syna, w jednym przypadku przez synów i w trzech sprawach przez córkę (w jednym przypadku będącą jednocześnie przedstawicielem ustawowym ubezwłasnowolnionego pacjenta); jeden wniosek złożyła była żona, jeden – macocha i jeden – wychowawiec. W tych ostatnich przypadkach z akt sprawy wynika, że są to osoby sprawujące opiekę nad uczestnikami postępowania, a przynajmniej z nimi zamieszkują.

W 13 przypadkach wniosek złożony został przez organ do spraw pomocy społecznej, w tym jedna sprawa zainicjowana została przez dyrektora domu pomocy społecznej, a 12 innych przez gminy, miejski lub miejsko-gminny ośrodek pomocy społecznej. W dwóch przypadkach (nie licząc córki, będącej przedstawicielem ustawowym, o czym wyżej) wniosek złożył przedstawiciel ustawowy ubezwłasnowolnionego pacjenta. Tylko w dwóch przypadkach wniosek został podpisany przez zawodowego pełnomocnika (adwokata lub radcę prawnego).

W literaturze oraz w orzecznictwie wyrażano wątpliwości co do tego, czy z wnioskiem może wystąpić prokurator¹⁹¹. Nie rozstrzygając w tym miejscu tego problemu¹⁹², należy wyjaśnić, że w badanych sprawach nie było takiego przypadku. Tak, czy inaczej, w żadnym razie nie można wszcząć tego postępowania z urzędu. Wprawdzie przypadku takiego nie odnotowano w badanych aktach, ale w jednym z postępowań sąd działał tak, jakby rozpoznawał sprawę z urzędu¹⁹³.

¹⁹¹ Sąd Najwyższy zajął takie stanowisko w uzasadnieniu postanowienia z dnia 5 września 2008 r., III CSK 178/08. Przeciwno takiej możliwości opowiada się B. Janiszewska – zob. B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie...*, s. 158 i nast., oraz B. Janiszewska, *Zadania sądu opiekuńczego...*, s. 36. Możliwości takiej nie przekreśla J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 147.

¹⁹² Więcej jednak, moim zdaniem, przemawia za dopuszczalnością zgłoszenia takiego wniosku przez prokuratora. Po pierwsze, sprawy o przymusową hospitalizację nie są sprawami rodzinnymi, o których mowa w art. 7 k.p.c. Po drugie, art. 29 ust. 2 i 3 ustawy zawiera wprawdzie zamknięty katalog osób uprawnionych do zgłoszenia takiego wniosku, ale nie wyłącza stosowania art. 7 k.p.c. Po trzecie, niejednokrotnie, prokurator będzie jedyną osobą, która będzie mogła wystąpić z takim wnioskiem, w braku innych osób uprawnionych albo zainteresowanych takim wystąpieniem.

¹⁹³ Chodzi o sprawę III RNs 211/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim, gdzie sąd – mimo że postępowanie wszczęto na wniosek – wydał postanowienie, z którego wynika, że prowadzi postępowanie z urzędu, a jednocześnie wezwał wnioskodawczynię do udziału w sprawie jako uczestniczkę. Być może działanie to zostało spowodowane uznaniem, że zachodzą warunki z art. 31 ustawy. Brak jednak danych, które pozwalają to jednoznacznie przesądzić.

5.3. Wniosek inicjujący postępowanie

5.3.1. Braki formalne i rejestracja wniosku

Tylko w ośmiu sprawach (na 40 przeanalizowanych) przewodniczący wzywał wnioskodawcę do usunięcia braków formalnych wniosku. W rzeczywistości zresztą nie zawsze chodziło o braki formalne, skoro przewodniczący domagał się złożenia odpisu aktu urodzenia uczestnika¹⁹⁴, wskazania, czy uczestniczka jest objęta oparciem społecznym¹⁹⁵, wykazania, czy uczestniczka korzystała z pomocy socjalnej, zastrzegając przy tym rygor oddalenia wniosku¹⁹⁶. W pozostałych przypadkach braki formalne polegały na konieczności złożenia odpisu wniosku czy podanie nr PESEL.

W 19 sprawach na 40 zbadanych sprawa została wpisana do repertorium tego samego dnia, w którym wpłynął wniosek. Średnio rejestracja w repertorium zajęła sądowi niespełna trzy dni, najdłużej siedem dni od wpływu wniosku (dwie sprawy).

Warto w tym miejscu odnotować, że postępowanie sądowe w sprawach o przymusową hospitalizację jest bezpłatne¹⁹⁷, co wpisuje się w filozofię ustawy, która zakłada nieodpłatność leczenia psychiatrycznego¹⁹⁸.

5.3.2. Podstawa faktyczna żądania

W uzasadnieniu wniosku wskazuje się różne motywy żądania. Warto w tym miejscu przypomnieć, że do szpitala psychiatrycznego na przymusowe badanie może być skierowana jedynie osoba chora psychicznie. Na zdiagnozowaną chorobę psychiczną powołano się w jedynie w 22 sprawach. W pozostałych 18 nie. Niejednokrotnie jednak wniosek powołuje się w tym miejscu na historię leczenia psychiatrycznego uczestnika albo na zaburzenia psychiczne. Do najczęściej

¹⁹⁴ Tak w sprawie III RNs 67/14 Sądu Rejonowego w Legionowie.

¹⁹⁵ Tak w sprawie III RNs 287/14 Sądu Rejonowego w Złotorii.

¹⁹⁶ Tak w sprawie III RNs 326/14 Sądu Rejonowego w Szczecinku.

¹⁹⁷ Zob. art. 96 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1025 ze zm.).

¹⁹⁸ Co wynika z art. 10 ustawy.

występujących przyczyn wyliczanych we wniosku należą (w porządku – od najczęściej występujących):

- agresja,
- odmowa przyjmowania leków lub przyjmowanie nieregularne,
- dotychczasowe leczenie w szpitalu psychiatrycznym,
- dziwne (irracjonalne) zachowania, najczęściej bliżej opisane,
- pogorszenie stanu zdrowia,
- odmowa leczenia,
- zagrożenie dla innych,
- zaniedbanie własnej osoby.

W jednostkowych przypadkach są to: urojenia, zagrożenie własnej osoby, myśli lub deklaracje samobójcze, nadużywanie alkoholu, wścążęstwo, wulgarność, niedojadanie, odmowa poddania się badaniu psychiatrycznemu, zaniedbywanie obowiązków, złość, konfliktowość, krzyk, natręctwa, niedosypianie, stany lękowe, trwonienie pieniędzy, zerwanie kontaktów.

5.3.3. Zaświadczenie lekarskie

Żeby wyeliminować ryzyko wszczynania postępowania w przypadkach oczywiście bezzasadnych, ustawodawca wymaga, aby do wniosku wszczynającego postępowanie wnioskodawca załączył „orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym”. Orzeczenie takie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania (art. 30 ust. 1 ustawy)¹⁹⁹. Orzeczenie musi być aktualne, tj. wydane w okresie nie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku. Jego brak, względnie załączenie zaświadczenia nieaktualnego, stanowią podstawę zwrotu wniosku. Przewodniczący zwraca wniosek, nie wzywając do usunięcia tego braku (art. 30 ust. 2 ustawy)²⁰⁰. Wniosku nie zwraca się, mimo braku aktualnego zaświadczenia, jeżeli treść wniosku lub

¹⁹⁹ Bliżej w tym przedmiocie: J. Duda, *Komentarz do ustawy...*, s. 151–152; S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie...*, s. 165.

²⁰⁰ Ustawodawca zastrzega, że nie stosuje się w tym przypadku art. 130 k.p.c. Jest to jednak zastrzeżenie zbyteczne, bo – jak należy ocenić – orzeczenie lekarskie nie stanowi elementu formalnego, lecz dowodowy.

załączone do wniosku dokumenty uprawniają do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia lekarskiego nie jest możliwe. W takiej sytuacji sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu. Badanie takie może być zresztą przeprowadzone bez jej zgody (art. 30 ust. 3 i 4 ustawy).

W większości zbadanych spraw do wniosku złożonego w trybie art. 29 ustawy załączono zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy. Zaświadczenia nie załączono w 13 sprawach, jednak tylko w czterech przypadkach z informacją, że jego złożenie nie jest możliwe²⁰¹. Tymczasem, w jednym tylko przypadku przewodniczący zwrócił wniosek z uwagi na brak zaświadczenia²⁰². Praktyka ta może dziwić, bo postępowanie wszczęte w trybie art. 29 ustawy może być uciążliwe dla uczestnika. W szczególności, przymusza się go do poddania się badaniu lekarskiemu, a sam fakt toczenia się sprawy o przymusową hospitalizację psychiatryczną może być odczuwany jako pewne piętno społeczne. Tym bardziej, że znaczna część wniosków zgłaszanych w tym trybie, jak wynika ze statystyki ministerialnej, jest oddalana. Należy zatem rygorystycznie podchodzić do warunku przedstawienia świadectwa lekarskiego, które uprawnia do wszczęcia takiego postępowania. Badanie lekarskie w tym kierunku dopiero po wszczęciu postępowania powinno być przeprowadzane wyjątkowo. Przepis art. 30 ust. 3 ustawy wiąże je z brakiem możliwości uzyskania orzeczenia lekarza psychiatry.

Zaświadczenia od psychiatry nie ma też w sprawie III RNs 212/13 Sądu Rejonowego w Szczecinku i w sprawie III RNs 21/14 Sądu Rejonowego w Węgrowie. Jednak już we wniosku pojawia się żądanie przymusowego badania.

²⁰¹ W pierwszej z nich (III RNs 18/14 Sądu Rejonowego w Węgrowie) wyjaśniono, że pacjentka nie chce poddać się badaniu, a nawet nie może, bo nie ma chwili, by była trzeźwa. W drugiej z tych spraw (III RNs 580/14 Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim) załączono nieaktualne zaświadczenie (sprzed kilku lat). Wnioskodawca twierdzi, że nie jest w stanie uzyskać zaświadczenia lekarskiego. Takie samo oświadczenie zawarto we wnioskach wszczynających sprawy III RNs 679/13 Sądu Rejonowego Wrocław-Krzyki we Wrocławiu i III RNs 495/13 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim. W tym ostatnim przypadku do wniosku załączono jedynie opinię psychologiczno-pedagogiczną sprzed kilku lat, z której wynika, że brak podstaw do ubezwłasnowolnienia osoby, której wniosek dotyczy.

²⁰² W sprawie V RNs 444/14 Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku.

Z akt spraw, w których do wniosku nie załączono orzeczenia lekarskiego i nie wskazano, że jego uzyskanie nie jest możliwe, nie wynika, aby istotnie taki stan rzeczy miał miejsce. Do wniosków tych, w miejsce zaświadczenia, złożono inne dokumenty, takie jak skierowanie do szpitala psychiatrycznego²⁰³, karty informacyjne leczenia szpitalnego w szpitalu psychiatrycznym²⁰⁴, kopie orzeczeń z akt poprzednich spraw o przymusową hospitalizację²⁰⁵ czy protokół ze sprawy karnej²⁰⁶.

Dokumenty te nie odpowiadają jednak warunkom orzeczenia lekarza psychiatry, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy. Orzeczenie takie ma „szczegółowo uzasadniać potrzebę przyjęcia” uczestnika do szpitala psychiatrycznego. Wnioski te powinny podlegać zwrotowi.

Tak samo zwrócony powinien być wniosek w sprawie III RNs 148/14 Sądu Rejonowego w Bolesławcu. Sąd mimo to wszczął postępowanie, choć nie załączono orzeczenia lekarskiego, wnioskodawca nie wskazywał, aby uzyskanie zaświadczenia nie było możliwe, a jednocześnie nie da się uznać, że zachodziły szczególne okoliczności, o których mowa w art. 30 ust. 3 ustawy, bo ani treść wniosku, ani załączone do wniosku dokumenty nie uprawdopodobniały zasadności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Z wniosku wynika, że zachodzi raczej potrzeba odseparowania małżonków niż leczenia. Wniosek zresztą został oddalony.

Żadnych środków dowodowych nie załączono do wniosku, który zainicjował sprawę III RNs 36/14 w Sądzie Rejonowym w Węgrowie. W oparciu o same twierdzenia wniosku sąd nadał sprawie dalszy bieg, ustanawiając na wstępie uczestniczące pełnomocnika z urzędu. Wniosek został zresztą cofnięty, a sąd umorzył postępowanie.

²⁰³ Tak w sprawach: III RNs 67/14 Sądu Rejonowego w Legionowie oraz V RNs 1064/14 Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku.

²⁰⁴ W sprawie III RNs 211/14 Sądu Rejonowego w Bielsku-Podlaskim oraz w sprawie III RNs 305/13 Sądu Rejonowego w Wyszku. W tej ostatniej sprawie do wniosku załączono także skierowanie do szpitala psychiatrycznego.

²⁰⁵ Tak w sprawie IV RNs 96/14 Sądu Rejonowego Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu.

²⁰⁶ Tak w sprawie III RNs 85/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

5.4. Postępowanie dowodowe

5.4.1. *Opinia biegłego*

Podobnie jak w sprawach toczących się w trybie art. 23 i 24 ustawy, przed wydaniem orzeczenia o przymusowej hospitalizacji w trybie art. 29 ustawy sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. Opinia ta ma jednak nieco inne znaczenie niż w postępowaniu w trybie nagłym, gdzie rola sądu ogranicza się do kontroli decyzji podjętej i zatwierdzonej przez personel szpitala. Opinia więc ma swoje odniesienie do decyzji innych lekarzy. W tym przypadku opinia ma być podstawą „osadzenia” pacjenta w szpitalu²⁰⁷.

Tylko w pięciu zbadanych sprawach sąd nie dopuścił dowodu z opinii biegłego. W jednym z tych przypadków oddalono wniosek wprost, z uwagi na to, że wnioskodawca w osobie organu pomocy społecznej nie wykazał, by pacjent był objęty oparciem społecznym (sprawa III RNs 287/14 Sądu Rejonowego w Złotoryi). W jednym przypadku wniosek zwrócono z uwagi na brak orzeczenia lekarza psychiatry. W dwóch innych przypadkach umorzono postępowania wobec cofnięcia wniosków. W ostatniej sprawie umorzono postępowanie, mimo że wniosek był podtrzymywany, lecz pacjent przebywał już w szpitalu psychiatrycznym. W tym ostatnim przypadku podstawa umorzenia jest wątpliwa, bo jeśli pacjent z własnej woli przebywa w szpitalu, to nie można (co do zasady) go zmusić, by kontynuował leczenie (zob. art. 36 ustawy). Nie można zatem uznać, by orzeczenie w tej sprawie stało się zbędne (art. 355 k.p.c.).

W pozostałych sprawach sąd dopuścił dowód z opinii biegłego. Przy czym, w jednym przypadku dopuszcza się ten dowód zarządzeniem²⁰⁸, co – jak już podniesiono – nie jest prawidłowe. Postępowanie dowodowe przeprowadza bowiem sąd, a nie przewodniczący. Sąd natomiast, w przeciwieństwie do przewodniczącego, nie wydaje zarządzeń.

²⁰⁷ Na tę różnicę zwraca uwagę SN w uzasadnieniu postanowienia z dnia 28 lipca 1999 r., II CKN 940/98, LEX nr 1216218.

²⁰⁸ W sprawie III RNs 755/14 Sądu Rejonowego Wrocław-Krzyki we Wrocławiu.

Jak wynika z orzecznictwa ETPCz, możliwość przymusowego badania musi być poprzedzona umożliwieniem dobrowolnego poddania się badaniu. W przeciwnym razie działanie sądu będzie naruszać art. 5 ust. 1 lit. b EKPCz²⁰⁹.

Z możliwości zastosowania środków przymusu przewidzianych w art. 46 ust. 2a ustawy sądy skorzystały w czterech badanych sprawach. Przypadki te nie budzą zastrzeżeń. W sprawach III RNs 39/14 Sądu Rejonowego w Garwolinie i III RNs 39/14 Sądu Rejonowego w Radzynie Podlaskim pacjent został przymusowo doprowadzony na badanie dopiero po tym, jak nie stawiał się na nie dobrowolnie. Pouczono go przy tym, że w razie niestawiennictwa zostanie doprowadzony na badanie. W sprawie III RNs 264/13 Sądu Rejonowego Wrocław-Krzyki we Wrocławiu sąd zlecił doprowadzenie pacjentki przy udziale policji dopiero po kilkakrotnej nieudanej próbie wezwania jej na badanie przez biegłego. Uczestniczka nie odbierała od sądu korespondencji i nie otwierała drzwi, zaś policja bezskutecznie próbowała doprowadzić ją na badania. Ostatecznie opinię udało się sporządzić, bo pacjentka została zatrzymana w szpitalu w trybie pilnym (jak się zdaje), a sąd umorzył postępowanie wobec cofnięcia wniosku. Także wielokrotnie sąd próbował doprowadzić na badania uczestnika w sprawie III RNs 212/13 Sądu Rejonowego w Szczecinku. W sprawie tej ostatecznie opinia została sporządzona, sąd I instancji uwzględnił wniosek, a sąd odwoławczy oddalił apelację od tego orzeczenia.

5.4.1.1. Teza dowodowa

Podobnie jak w sprawach o hospitalizację lub obserwację w trybie pilnym, również w sprawach rozpoznawanych w trybie art. 29 ustawy teza dowodowa niejednokrotnie różniła się z okolicznościami istotnymi z punktu widzenia

²⁰⁹ Zob. wyrok ETPCz z dnia 29 listopada 2011 r. w sprawie Beiere przeciwko Łotwie, skarga nr 30954/05. W uzasadnieniu tego wyroku wyjaśnia się, że „artykuł 5 ust. 1 lit. b) Konwencji odnosi się do zatrzymania lub aresztowania za <<niepodporządkowanie się wydanemu zgodnie z prawem orzeczeniu sądu>>. Semantycznie wybór tego rodzaju sformułowania zakłada, iż osoba zatrzymana lub aresztowana musiała mieć daną możliwość podporządkowania się takiemu orzeczeniu, lecz tego nie uczyniła. Wniosek ten wynika z linii orzeczniczej organów konwencyjnych, w której warunkiem wstępnym weryfikacji podporządkowania się odosobnieniu w celu przeprowadzenia obserwacji psychiatrycznej z art. 5 ust. 1 lit. b) jest wcześniejsza dorozumiana lub wyraźna odmowa poddania się przez skarżących nakazanej przez sąd obserwacji psychiatrycznej. Na przykład innych, wcześniej wydanych nakazów sądowych, które orzekały pozbawienie wolności wchodzące w zakres pierwszego członu art. 5 ust. 1 lit. b)”.

przesłanek zatrzymania pacjenta. W świetle ust. 1 tego przepisu sąd powinien ustalić co najmniej dwie okoliczności. Powinien stwierdzić najpierw, czy pacjent jest chory psychicznie. Przymusowa hospitalizacja w tym trybie, tak samo jak w trybie art. 23 ustawy, dotyczy wyłącznie osób dotkniętych chorobą psychiczną²¹⁰. Drugim warunkiem przymusowej hospitalizacji jest przewidywanie znacznego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, opartego na analizie dotychczasowego zachowania pacjenta lub niezdolność do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, idąca w parze z oczekiwaniem poprawy stanu zdrowia dzięki hospitalizacji psychiatrycznej. W tym drugim przypadku mamy do czynienia z alternatywą łączną – podstawą hospitalizacji jest każdy z dwóch wskazanych tu stanów rzeczy albo obie przesłanki występujące łącznie.

Tylko w 10 na 40 zbadanych spraw (25%) teza dowodowa zakreślona w postanowieniu dowodowym sądu spełnia warunki z art. 29 ust. 1 ustawy²¹¹. Przy czym, w niektórych przypadkach sąd – polecając ustalenie okoliczności istotnych z punktu widzenia tego przepisu – zleca biegłemu także ustalenie przesłanek z art. 23 ustawy²¹², co nie jest nieprawidłowe, bo może pozwolić na rozpoznanie sprawy w tym trybie, do czego upoważnia art. 31 ustawy.

²¹⁰ Konieczność ustalenia istnienia choroby psychicznej jest akcentowana w orzecznictwie. Zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 6 sierpnia 2014 r., V CSK 145/14 czy postanowienia z dnia 12 lutego 1997 r., II CKU 72/96.

²¹¹ Tak np. w postanowieniu Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim, wydanym w sprawie III RNs 65/14, gdzie dopuszcza się dowód z opinii biegłego „na okoliczność, czy (...) jest osobą chorą psychicznie, czy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź czy jest ona osobą niezdolną do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia”.

²¹² Tak w sprawie III RNs 495/13 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim, gdzie dopuszczono dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry „na okoliczność stwierdzenia stanu zdrowia psychicznego uczestnika postępowania (...), w szczególności, czy wymaga on leczenia szpitalnego, jeśli tak, to czy z powodu swej choroby zagraża bezpośrednio własnemu zdrowiu i życiu, czy też innych osób oraz czy z tego powodu jest niezdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadniona jest prognoza, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jego stanu zdrowia, ewentualnie czy nieumieszczenie jego w szpitalu spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia psychicznego”. Warto odnotować, że sąd ten zamieszcza taką samą sentencję w postanowieniach dowodowych wydawanych w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy. Sentencja ta może budzić wątpliwości w obu rodzajach spraw, bo nie odpowiada treści ani art. 23, ani art. 24 ustawy. Podobnie tezę dowodową formułuje Sąd Rejonowy w Węgrowie w sprawie III RNs 18/14.

Zdarzają się jednak postanowienia, w których sąd ograniczył się wyłącznie do przesłanek z art. 23 ustawy, mimo że chodzi o hospitalizację w trybie wnioskowym²¹³.

W niektórych przypadkach sąd, podobnie jak w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy, nie stawia biegłemu pytania o to, czy pacjent jest chory psychicznie, a przynajmniej nie pyta o to wprost²¹⁴. Czasami zaś domaga się ustalenia, czy pacjent nie jest upośledzony umysłowo²¹⁵, co jest okolicznością całkowicie obojętną z punktu widzenia art. 29 ustawy. W części postanowień dowodowych teza dowodowa odwołuje się do podstawy prawnej, co – jak już wyjaśniono na tle spraw toczących się w trybie art. 23 i 24 ustawy – nie jest prawidłowe²¹⁶. Nie jest rzeczą biegłego ustalanie okoliczności, które ma ustalić sąd.

Są też takie sprawy, gdzie teza jest nazbyt ogólna i – choć nie odnosi się do podstawy normatywnej – i tak przerzuca na biegłego konieczność ustalenia faktów,

²¹³ Taki stan rzeczy ma miejsce w sprawie III RNs 211/14 Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim, gdzie zleca się biegłemu psychiatrze „wydanie opinii o stanie zdrowia uczestnika postępowania (...), a mianowicie ocenę, czy dotychczasowe jego zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby stanowi on bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia swojej osoby, bądź też innych osób i w związku z tym wymaga umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym”.

²¹⁴ Tak w postanowieniu Sądu Rejonowego w Legionowie (III RNs 67/14), gdzie sąd dopuszcza dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry „w przedmiocie ustalenia stanu zdrowia psychicznego uczestnika (...) i określenie, czy wskutek choroby psychicznej nieprzyjęcie do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia, bądź jest on niezdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jego stanu zdrowia”.

²¹⁵ Przypadek taki pojawił się w sprawie III RNs 148/14 Sądu Rejonowego w Bolesławcu, w której sąd dopuści dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry „na okoliczność stanu zdrowia uczestniczki postępowania, w szczególności stwierdzenia, czy uczestniczka jest chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, czy z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, czy potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji i wymaga psychiatrycznego leczenia szpitalnego”. Podobną tezę dowodową znaleźć można w sprawie IV RNs 96/14 Sądu Rejonowego Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu oraz w sprawie III RNs 193/14 Sądu Rejonowego w Augustowie. Ten ostatni domaga się od biegłego, by ustalił, czy „uczestniczka postępowania (...) jest chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, czy jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, czy ew. leczenie szpitalne przyniesie poprawę jej stanu zdrowia psychicznego”.

²¹⁶ Np. w sprawie III RNs 319/14 Sądu Rejonowego w Kołobrzegu sąd dopuszcza dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry na okoliczność ustalenia, czy zachodzą przewidziane w przepisie art. 29 ust. 1 ustawy podstawy do orzeczenia o potrzebie przyjęcia uczestniczki do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody. Podobną praktykę stosuje Sąd Rejonowy Wrocław-Krzyki we Wrocławiu, który w sprawie III RNs 679/13 domaga się od biegłego wydania opinii „na okoliczności spełnienia warunków do objęcia podopiecznego leczeniem szpitalnym – psychiatrycznym w trybie art. 29”.

które mają być przedmiotem badania²¹⁷. W niektórych przypadkach, dla odmiany, teza jest przesadnie rozbudowana, a sąd zleca biegłemu ustalenie okoliczności obojętnych z punktu widzenia oceny, której ma dokonać w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie²¹⁸.

5.4.1.2. Konkluzje opinii

Opinię biegłego sądowego uzyskano w 35 sprawach z 40 zbadanych. W 11 przypadkach (ponad 31%) biegły nie stwierdził podstaw do przymusowej hospitalizacji. W pozostałych przypadkach jako uzasadnienie potrzeby hospitalizacji bez zgody pacjenta wskazano:

- w 14 sprawach przesłankę z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy, przy czym w sześciu sprawach łączy się ją ze zdaniem ostatnim punktu 2 tego przepisu, a więc z pozytywnymi rokowaniami związanymi z procesem leczenia, a w dwóch innych – z przesłankami z art. 23 ustawy, tj. z zagrożeniem życia własnego lub życia i zdrowia innych osób,
- w jednej tylko sprawie powołano się wyłącznie na art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy (bez związku z pierwszym ustępem),

²¹⁷ Taki stan rzeczy ma miejsce w sprawie III RNs 59/13 Sądu Rejonowego w Węgrowie, gdzie sąd dopuścił dowód z opinii biegłego specjalisty psychiatry „na okoliczność, czy uczestniczka postępowania (...) ze względu na stan zdrowia psychicznego wymaga umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym”. Podobnie w postanowieniu Sądu Rejonowego w Garwolinie, wydanym w sprawie III RNs 39/14, gdzie dopuszcza się dowód z opinii biegłego psychiatry, któremu zleca się „zbadanie uczestnika (...) i określenie, czy jest on osobą chorą psychicznie i czy wymaga leczenia szpitalnego, i z jakiego powodu”.

²¹⁸ Za przykład tego rodzaju nieprawidłowości uchodzić może teza dowodowa zawarta w postanowieniach wydawanych przez Sąd Rejonowy w Radomsku we wszystkich przebadanych sprawach tego sądu, sformułowana w sposób następujący: „dopuści dowód z opinii biegłego lekarza specj. psychiatry (...) z listy sądowej po uprzednim badaniu (...) w jego miejscu zamieszkania, tj. w (...) – na okol. czy uczestnik jest chory psychicznie, jeżeli tak – to na co, jakie są jego zachowania, czy świadczą one, iż brak leczenia szpitalnego bez zgody spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, na czym polega to <<pogorszenie stanu zdrowia>> i <<znaczne>>, tj. jakie przejawy [tak w oryginale] mogą wystąpić – w uzasadnionym przypuszczeniu wysnutym z doświadczenia i wiedzy lekarskiej biegłego – świadczące o <<pogorszeniu>> w rozumieniu art. 29 ust. 1 ustawy o zp, a także, co oznaczać będzie w przypadku uczestniczki [tak w oryginale] <<znaczne>> pogorszenie – o ile do takich wniosków dojdzie biegły, a także czy uczestnik jest zdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, na czym polega i czy uzasadnione jest przewidywanie, iż leczenie szpitalne psychiatryczne przyniesie poprawę stanu jego zdrowia psychicznego, na czym polega to <<uzasadnione>> przewidywanie, na czym polegać będzie <<poprawa>> stanu zdrowia psychicznego – w rozumieniu art. 29 ust. 2 uozp”.

- w sześciu sprawach biegły stwierdził istnienie obu przesłanek z art. 29 ust. 1 ustawy, przy czym w jednej z nich w opinii wiąże się prognozę poprawy stanu zdrowia z przesłanką z art. 29 ust. 1 pkt 1, a nie pkt 2,
- w dwóch sprawach biegły dopatrywał się potrzeby hospitalizacji z obu przesłanek z art. 29 ustawy, a jednocześnie z art. 23 ustawy.

Jedynie w dwóch sprawach z opinii biegłego wynika, że pacjent nie jest chory psychicznie. W jednej z tych spraw sąd oddalił wniosek, w drugiej – umorzył postępowanie. W dwóch przypadkach nie wydano jednoznacznej opinii – nie wynika z niej, czy pacjent jest dotknięty chorobą psychiczną. W jednej z tych spraw sąd umorzył postępowanie, w drugiej – uwzględnił wniosek, mimo że w opinii mowa jest o zaburzeniach psychicznych, a nie o psychozie.

W jednej sprawie dowód z opinii biegłego przeprowadzono dwukrotnie; za drugim razem – po uchyleniu postanowienia przez sąd odwoławczy i przekazaniu sprawy do ponownego rozpoznania. Za pierwszym razem biegły ustalił, że pacjent jest chory psychicznie. Z drugiej opinii wynika, że raczej nie (opinia nie jest jednoznaczna).

Opinia biegłego została doręczona pacjentowi (lub jego pełnomocnikowi) w 22 sprawach, w których można się było o tym przekonać. W jednej ze spraw opinię doręczono wnioskodawcy, ale już uczestnikowi nie. W ośmiu sprawach opinii nie doręczono. W pozostałych sprawach brak danych do ustalenia tej okoliczności. Warto przy tym odnotować, że jeśli nawet opinię się doręcza, to niejednokrotnie na rozprawie, co zwykle nie pozwala na zapoznanie się z jej treścią, a na pewno na dłuższą refleksję nad nią. Taki stan rzeczy miał miejsce w czterech sprawach, gdzie opinię doręczono na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku. W pozostałych przypadkach doręczono ją odpowiednio wcześniej.

5.4.2. Inne środki dowodowe

Do środków dowodowych, załączanych do wniosku, należały najczęściej materiały dokumentacyjne. Jedynie w trzech przypadkach wnioskodawcy domagali się dopuszczenia dowodu z zeznań świadków. Tylko w pięciu sprawach, które trafiły na rozprawę, przesłuchano świadków (w jednej sprawie trzech, w pozostałych – po

jednym). Sąd z urzędu nie tylko dopuszczał dowód z opinii biegłego, ale i przeprowadzał inne, niezawnioskowane dowody. Najczęściej zlecał wywiad kuratorowi, jak w sprawach rodzinnych (w siedmiu sprawach), przesłuchał wnioskodawcę i uczestników, zwrócił się z urzędu o akta innych spraw lub o dokumentację medyczną, czy do policji o udzielenie informacji w przedmiocie interwencji dotyczących pacjenta. Jedynie w sześciu sprawach przesłuchano biegłego na rozprawie. W pozostałych przypadkach sąd poprzestał na opinii pisemnej. W dwóch przypadkach zlecił biegłemu sporządzenie opinii uzupełniającej na piśmie.

5.5. Tok postępowania

Postępowanie toczące się w trybie art. 29 ustawy, odmiennie niż postępowanie wszczynane z urzędu na podstawie art. 23 lub art. 24 ustawy, nie wymaga zwykle takiego pośpiechu, który niejednokrotnie szkodzi jakości orzeczenia. Toteż sprawy te toczą się niepomernie dłużej niż sprawy w trybie nagłym. Od daty zgłoszenia wniosku aż do orzeczenia kończącego postępowanie w sprawie we wszystkich zbadanych sprawach minęło od 14 do 735 dni. Średnio czas ten wynosi blisko 144 dni. Dłużej niż rok postępowanie trwało w trzech sprawach.

5.5.1. Rozprawa

W 38 sprawach (z 40 zbadanych) wyznaczono przynajmniej jedną rozprawę. Przy czym, w 12 sprawach postępowanie ograniczyło się do jednej rozprawy, w 17 wyznaczono dwie rozprawy, w czterech sprawach – trzy, w trzech przypadkach – cztery rozprawy. W jednej ze spraw wyznaczono pięć rozpraw, a w jednej – aż dziewięć.

Najkrótsza rozprawa trwała 4 minuty, najdłuższa – 95 minut. Średnio – wzięwszy pod uwagę wszystkie rozprawy, w których jednoznacznie oznaczono czas rozpoczęcia i zakończenia – rozprawa trwała niespełna 23 minuty.

Podobnie jak w sprawach toczących się z urzędu, także tutaj pierwsza rozprawa powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku (art. 45

ust. 1 ustawy). Tylko w pięciu przypadkach (na 38 spraw, w których wyznaczono rozprawę) termin ten udało się zachować, wyznaczając pierwszą rozprawę – odpowiednio – po 12, 13 i w trzech przypadkach po 14 dniach. W 10 innych sprawach pierwsza rozprawa odbyła się przed upływem miesiąca od daty wniesienia wniosku. W ekstremalnym przypadku termin pierwszej rozprawy wyznaczony został po upływie blisko sześciu miesięcy od daty wpływu wniosku. W 16 sprawach na pierwszą rozprawę uczestnicy czekali dłużej niż dwa miesiące.

Zgodnie z art. 46 ust. 1a ustawy osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. W tym przypadku stosuje się odpowiednio art. 547 § 2 k.p.c. W zbadanych aktach przymusowe doprowadzenie na rozprawę miało miejsce tylko w jednej sprawie.

Sprawy o przymusowe leczenie psychiatryczne powinny być rozpoznawane na rozprawie jawnej. Tymczasem niektóre sądy rozpoznają je przy drzwiach zamkniętych. Praktykę taką stosuje Sąd Rejonowy w Augustowie²¹⁹. Z wyłączeniem jawności została także rozpoznana jedna z kilku spraw Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim.

5.5.2. Pełnomocnik z urzędu

Odsyłając w tym miejscu do wywodów teoretycznych, dotyczących stosowania art. 48 ustawy, zawartych w rozważaniach czynionych na tle hospitalizacji nagłej, w pełni aktualnych także na tym obszarze, odnotować trzeba, że w sprawach toczących się w trybie art. 29 ustawy sądy dużo częściej niż w sprawach pilnych sięgają do możliwości ustanowienia uczestnikowi pełnomocnika z urzędu. Pełnomocnika takiego sąd wyznaczył w 10 sprawach, w tym w sześciu przypadkach bez wniosku strony. W jednej ze spraw wniosek o ustanowienie pełnomocnika został oddalony. Sąd uznał udział pełnomocnika za zbyteczny, a uczestniczkę za osobę dostatecznie samodzielna. Ostatecznie w sprawie tej umorzono postępowanie wobec cofnięcia wniosku.

²¹⁹ Taki stan rzeczy miał miejsce w dwóch sprawach, a więc wszystkich sprawach przedstawionych przez ten sąd. Na tak wąskiej próbie nie da się stwierdzić, czy jest to w tym sądzie praktyka powszechna.

W sprawach, w których wyznaczono pełnomocnika z urzędu, ten stawał faktycznie przed sądem, zajmując stanowisko merytoryczne. W pięciu przypadkach pełnomocnik domagał się oddalenia wniosku, ale tylko w jednym z nich zajął stanowisko na piśmie. W pozostałych sprawach wnosił o umorzenie postępowania (wobec cofnięcia wniosku) albo wyrażał zgodę na cofnięcie wniosku.

5.5.3. Prokurator

Prokurator, którego sąd może zawiadomić na podstawie art. 46 ust. 4 ustawy „jeżeli uzna to za konieczne”, został zawiadomiony o sześciu sprawach. Niemniej jednak tylko w trzech sprawach zajął stanowisko merytoryczne. W jednej przyłączył się do wniosku, w dwóch innych wnosił o umorzenie postępowania. W żadnej ze spraw nie ustanowiono kuratora.

5.5.4. Uczestnicy postępowania

Zgodnie z treścią art. 46 ust. 1 ustawy w sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę; mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami. Odnotować trzeba, że w jednej tylko sprawie sąd zawiadomił o postępowaniu osobę niebędącą uczestnikiem z mocy prawa, tj. męża uczestniczki.

5.6. Orzeczenia

Na 40 przebadanych spraw w jednym przypadku zwrócono wniosek²²⁰, w dziewięciu umorzono postępowanie²²¹, sześć wniosków oddalono²²², a 24 uwzględniono²²³.

²²⁰ Co stanowi 2,5% przebadanych spraw, przy próbie ogólnopolskiej na poziomie 26%. Różnica – jak należy mniemać – bierze się ze wstępnej selekcji spraw, dokonywanej przez sądy nadsyłające akta do analizy.

W analizowanych sprawach, podobnie jak w sprawach o przyjęcie od szpitala w trybie nagłym, sąd stosuje różne formuły w sentencji rozstrzygnięcia, choć w tym przypadku ustawodawca daje pewną podpowiedź, stanowiąc w art. 29 ust. 2 ustawy o tym, że sąd orzeka „o potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego”. Niektóre sądy używają tej właśnie formuły, co wydaje się zasadne – posługiwanie się formułą ustawową pozostawia mniejsze pole do różnorodnej interpretacji orzeczenia²²⁴. Poza tym sądy „nakazują umieszczenie” uczestnika „w szpitalu psychiatrycznym celem leczenia psychiatrycznego”, „stwierdzają istnienie podstaw” do przyjęcia chorego do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody na leczenie psychiatryczne, nakazując jednocześnie takie przyjęcie, „stwierdzają potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym” bez wymaganej zgody, „stwierdzają zasadność przyjęcia” do szpitala, „umieszczają” pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez zgody, dodając w niektórych orzeczeniach, że postanowienie zastępuje tę zgodę albo po prostu „orzekają” o „przyjęciu” pacjenta. Stosuje się też formułę „skierować uczestnika postępowania do szpitala psychiatrycznego celem leczenia bez jego zgody”.

Spośród spraw zakończonych merytorycznie (łącznie 30 spraw) sąd sporządził uzasadnienie w sześciu sprawach. Jedno uzasadnienie dotyczyło orzeczenia oddalającego wniosek, a jedyną przyczyną takiego rozstrzygnięcia był brak dowodu na to, że uczestnik jest objęty oparciem społecznym. Chodziło w tym przypadku o osobę wnioskodawcy, o którym mowa w art. 29 ust. 3 ustawy²²⁵. Rozstrzygnięcie to nie budzi żadnych zastrzeżeń. Pozostałe uzasadnienia dotyczyły orzeczenia uwzględniającego wniosek.

W sprawie III RNs 21/14 (wcześniej III RNs 59/13) Sąd Rejonowy w Węgrowie uwzględnił wniosek, akceptując tezy biegłego. Akcentuje się przy tym, że pacjent

²²¹ Umorzono zatem 22,5% spraw; w całej Polsce 23%.

²²² Czyli 15% (co odpowiada mniej więcej danym ministerialnym – 13%).

²²³ Uwzględniono zatem wniosek w 60% spraw (przy 29% w próbie ogólnopolskiej). Tu także różnica może wynikać ze wstępnej selekcji nadsyłanych akt.

²²⁴ Por. uzasadnienie postanowienia z dnia 5 grudnia 1997 r., II CKN 490/97, LEX nr 1226957, w którym SN skrytykował sformułowanie tenoru postanowienia Sądu Rejonowego, w którym ten „ustalił, że istnieją przesłanki uzasadniające przyjęcie” pacjenta do szpitala psychiatrycznego. Zauważa się, że formuła taka „nie całkiem odpowiada istocie art. 29 cyt. ustawy, albowiem idzie w tym przepisie o orzeczenie <<potrzeby przyjęcia>> do szpitala bez zgody chorego (osób wymienionych w art. 22 tej ustawy). Właśnie ten <<brak zgody>> powinien znaleźć wyraz w tenorze sentencji postanowienia”.

²²⁵ Sprawa III RNs 287/14 Sądu Rejonowego w Złotoryi.

odmawia leczenia oraz podaje się, że zostały spełnione przesłanki z art. 29 ustawy. Myśli tej jednak sąd nie rozwija.

W sprawie IV RNs 96/14 Sądu Rejonowego Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu sąd uznał, że u uczestnika zachodzą obie przesłanki z art. 29 ust. 1 ustawy do umieszczenia go w szpitalu psychiatrycznym. Uczestnik jest chory psychicznie i nieprzyjęcie go do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia. Nie ma możliwości leczenia ambulatoryjnego z uwagi na nastawienie uczestnika. Drugiej przesłanki nie omawia się. Z uzasadnienia wynika, że wydając orzeczenie, sąd oparł się na opinii biegłego, której w pełni dał wiarę.

W sprawie V RNs 119/14 Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku odnotowuje się, że pacjentka zrezygnowała z usług MOPSu. Sąd opisuje stan faktyczny i opinię biegłego, po czym dochodzi do przekonania, że warunki, w jakich żyje uczestniczka oraz jej stan zdrowia i zachowanie uzasadniają wniosek. Powołuje się na tezy opinii biegłych. Zdaniem sądu *meriti* uczestniczka swoim zachowaniem stwarza realne zagrożenie dla swojego zdrowia i życia.

Sąd Rejonowy w Szczecinku w sprawie III RNs 9/14 powołuje się w uzasadnieniu postanowienia uwzględniającego wniosek na opinię biegłego oraz na zeznania ojca uczestnika. Ocenia przy tym, że zostały spełnione przesłanki z art. 29 ust. 1 ustawy, a chodzić ma o obie podstawy wyliczone w tym przepisie. Uzasadnienie postanowienia jest obszerne, a wnioski dobrze umotywowane. W innej sprawie tego sądu (III RNs 212/13) sąd I instancji – uzasadniając swoje rozstrzygnięcie – powołuje się na art. 29 ustawy, na chorobę psychiczną uczestnika i jego upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, na podporządkowanie działania uczestnika urojeniom oraz na zdanie biegłego wyrażone w opinii: pogarszanie się stanu zdrowia oraz niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb, na nadużywanie alkoholu; powołuje się też na zeznania świadka i wnioskodawczynie oraz na zeznania uczestnika, które mają potwierdzić chorobę psychiczną i niemożność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Analiza przywołanych uzasadnień, jak też kwerenda pozostałych spraw toczących się w trybie art. 29 ustawy, pod kątem racji, jakie legły lub mogły leż u podstaw orzeczenia kończącego postępowanie, prowadzi do wniosku, że o takim, a nie

innym rozstrzygnięciu decyduje zwykle opinia biegłego, a nie sąd²²⁶. Słusznie zauważa się w orzecznictwie, że istnienie obowiązku zasięgnięcia opinii lekarzy psychiatrów nie może zwalniać sądu od samodzielnej oceny przesłanek ustawowych przymusowej hospitalizacji. Podkreśla się także, że w sprawach tego rodzaju szczególne znaczenie ma umiejętne rozróżnienie pomiędzy kompetencją biegłego do udzielenia informacji i wiadomości specjalnych, niezbędnych do ustalenia i oceny okoliczności sprawy, a kompetencją sądu, jako wyłącznie uprawnionego do ustalenia faktów i ocen (także hipotetycznych) na podstawie tej opinii oraz innych dowodów²²⁷. Zauważa się także, że sąd nie może opierać ustaleń na podstawie konkluzji opinii, lecz obowiązany jest zweryfikować poprawność poszczególnych elementów prowadzących do wniosków końcowych, i to sąd powinien wykazać okoliczności uzasadniające przymusowe leczenie szpitalne²²⁸.

Refleksji takiej brakuje w części analizowanych uzasadnień. Sąd powinien wskazać zatem, opierając się o wszystkie przeprowadzone dowody, czy uczestnik jest chory psychicznie, czy istnieje neodparta konieczność jego hospitalizacji w celu ratowania zdrowia albo przywrócenia do takiego stanu, który pozwoli na samodzielne zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych. Powinien także wyjaśnić, że przymus hospitalizacji pozostaje w zgodzie z interesami uczestnika postępowania i ma na celu jego dobro. Przy czym, wskazanie to ma mieć odniesienie do konkretnych faktów uzasadniających stawiane tezy. W innym razie nie sposób odeprzeć zarzutu arbitralności zatrzymania i naruszenia tym samym art. 5 ust. 1 lit. e EKPCz (zob. pkt 2.1.2.2).

5.7. Środki odwoławcze

W badanych sprawach apelację wywiedziono jedynie w trzech przypadkach. W żadnej z nich sąd nie wzywał do usunięcia braków formalnych, choć w dwóch sprawach apelacja nie spełniała minimalnych wymagań stawianych środkom

²²⁶ Jest to bardzo dobrze widoczne w sprawach, w których zleca się biegłemu sporządzenie opinii w przedmiocie zaistnienia przesłanek z art. 29 ustawy, z powołaniem się na ten przepis. Zob. teza dowodowa, pkt 5.4.1.1.

²²⁷ Z uzasadnienia postanowienia SN z dnia 13 czerwca 2013 r., IV CSK 126/13, LEX nr 1360288.

²²⁸ Tak Sąd Najwyższy tamże.

zaskarżenia²²⁹. Nie jest to jednak działanie nieprawidłowe, bo w sprawach o przymusową hospitalizację ustawodawca rezygnuje z rygoryzmu formalnego na rzecz ochrony interesów uczestników postępowania. Jak wynika z art. 47 ustawy do środków odwoławczych wnoszonych przez osobę, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, nie ma zastosowania przepis art. 368 k.p.c. oraz w zakresie objętym treścią tego artykułu również przepis art. 370 k.p.c. Przepis ten należy rozumieć jako legitymację do zbadania prawidłowości orzeczenia sądu *meriti* z punktu widzenia regulacji materialnoprawnych i procesowych. Rozwiązanie takie na obszarze postępowania nieprocesowego nie jest niczym nadzwyczajnym²³⁰.

W dwóch sprawach, o których tu mowa, apelację oddalono. W jednej sąd odwoławczy uchylił postanowienie i przekazał sprawę sądowi I instancji do ponownego rozpoznania²³¹. W sprawie tej sąd II instancji wytyka sądowi *meriti* brak analizy materiału dowodowego. Sąd Rejonowy, rozpoznając sprawę po raz pierwszy, zadowolił się ustną opinią biegłego, którą Sąd Okręgowy uznał za zbyt lakoniczną i niewystarczającą. Podnosi się także, że sąd I instancji cytuje przesłanki z art. 29 ust. 1 ustawy, ale ich nie bada. W uzasadnieniu orzeczenia sądu odwoławczego bardzo silnie akcentuje się to, że sama obawa pogorszenia stanu zdrowia jest niewystarczająca do orzeczenia o potrzebie hospitalizacji. Sądowi Rejonowemu zarzuca się też, że nie wziął pod uwagę konfliktu między uczestnikami, w tym także toczących się między nimi spraw karnej i cywilnej, jak też wyrzuca się to, że nie ustanowiono zainteresowanemu pełnomocnika z urzędu. Ostatecznie – po ponownym rozpoznaniu sprawy, wobec cofnięcia wniosku, postępowanie umorzono.

²²⁹ W jednej z nich wręcz nie można było stwierdzić, o co wnosi apelujący i jakie stawia zarzuty.

²³⁰ Zob. chociażby art. 541 § 1 czy art. 559 § 1 k.p.c. Takie samo rozwiązanie przewidziano w art. 560 § 2 k.p.c. w sprawach o ubezwłasnowolnienie.

²³¹ Sprawa III RNs 59/13 Sądu Rejonowego w Węgrowie, a przy ponownym rozpoznaniu sprawy – sprawa III RNs 21/14.

6. Wnioski *de lege lata* i *de lege ferenda*

6.1. Wnioski w zakresie przyjętych przez ustawodawcę rozwiązań legislacyjnych

W mojej ocenie ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza dostateczny korpus rozwiązań gwarantujących „zgodność z prawem” zatrzymania w szpitalu psychiatrycznym osób dotkniętych chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi bez ich zgody, a przepisy art. 23, 24 i 29 ustawy realizują wymagania, jakie stawia art. 5 ust. 4 EKPCz oraz art. 14 KPON. Odpowiadają też standardom konstytucyjnym.

W szczególności, badane przepisy realizują „warunki minimalne” stawiane przez orzecznictwo ETPCz. Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna jest możliwa jedynie w odniesieniu do osób chorych psychicznie, a chorobę tę stwierdza lekarz psychiatra. Podejmując decyzję w tym przedmiocie, sąd jest zobligowany zasięgnąć opinii biegłego, który w swojej ocenie musi także uwzględnić aktualny stan zdrowia psychicznego pacjenta. Obserwacja psychiatryczna, która pozwala przekonać się o istnieniu lub nieistnieniu choroby psychicznej, może być stosowana wyłącznie w stosunku do osób wykazujących zaburzenia psychiczne, czego świadectwem ma być dotychczasowe zachowanie się osoby pozbawionej wolności. Ma ona zresztą charakter czasowy, a przewidziany w ustawie termin nie może uchodzić za nadmierny i z pewnością jest proporcjonalny do uzasadnionego prawnie celu, który realizuje instytucja z art. 24 ustawy.

Przesłanki zastosowania wszystkich trzech przepisów nie powinny budzić zastrzeżeń z punktu widzenia zasady subsydiarności, bo przymusowa hospitalizacja jest środkiem ostatecznym. Nie powinno być wątpliwości co do tego, że takie wartości jak życie własne oraz życie i zdrowie innych osób, w powiązaniu z wymogiem bezpośredniego ich zagrożenia, stanowią dostateczną przesłankę do pozbawienia wolności osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi w celu przymusowej hospitalizacji i obserwacji, w rozumieniu art. 5 ust. 1 lit. e EKPCz.

Także procedura postępowania w sprawach o przymusową hospitalizację psychiatryczną została ukształtowana w taki sposób, aby chronić osobę dotkniętą

zaburzeniami psychicznymi przed arbitralnością. Gwarantem tej ochrony są niezawisłe sądy, bo to ich kognicji poddano kontrolę zatrzymania pacjenta w szpitalu wbrew jego woli. W ramach omawianej procedury ustawodawca przewidział konieczność wysłuchania pacjenta oraz możliwość uzyskania przez niego pomocy prawnej.

Wydaje się, że przyjęte przez polskiego ustawodawcę rozwiązania nie wymagają żadnej istotnej korekty. Niemniej jednak analiza orzecznictwa SN pozwala nieśmiało zasugerować kilka wniosków *de lege ferenda* w tym obszarze:

Po pierwsze, być może nowelizacji należałoby poddać przepis art. 48 ustawy, czyniąc możliwość ustanowienia pełnomocnika obowiązkiem sądu, w sytuacji gdy pacjent nie może uczestniczyć (świadomie lub w ogóle) w posiedzeniu sądu albo złożyć wniosku wszczynającego postępowanie dotyczące jego praw. W tym kierunku zmierza orzecznictwo SN, a wymaga tego zasada równości broni akcentowana w orzecznictwie ETPCz.

Po drugie, zbyteczny wydaje się przepis art. 46 ust. 4 ustawy, który – jak to wyżej wyjaśniono – powiela treść art. 59 k.p.c. Być może przepis ten należałoby usunąć.

Po trzecie, ustawodawca mógłby rozważyć takie przemodelowanie art. 45 ust. 1 ustawy, by nie związywać sądu 14-dniowym terminem, którego zachowanie – jak wynika z przeprowadzonej analizy – jest raczej nierealne. Jeśli już termin ten jest zachowany, to zwykle zachodzi konieczność odroczenia rozprawy w celu uzyskania opinii biegłego. Rozumiem, że ustawodawcy chodzi nie tyle o zachowanie sztywnego terminu, ile o uzyskanie efektu, w którym orzeczenie zostanie wydane „bezzwłocznie” w rozumieniu art. 5 ust. 4 EKPCz oraz art. 41 ust. 2 Konstytucji RP. Obecnie istniejące rozwiązanie nie jest optymalne, ponieważ nie sprzyja szybkiemu zakończeniu sprawy z uwagi na konieczność wyznaczenia „pustego” terminu. Nie mam jednak gotowego rozwiązania, które mógłbym zaproponować. Być może postępowanie to może być usprawnione przez taką organizację współpracy sądu z biegłymi, aby ci wydawali opinie w trybie natychmiastowym, np. w terminie trzech dni. Doświadczenie pokazuje, że taka współpraca jest możliwa. To jest już jednak kwestia stosowania prawa, a nie jego treści.

6.2. Wnioski w zakresie praktyki sądowej

O ile rozwiązania legislacyjne zawarte w art. 23, 24 i 29 ustawy nie mogą budzić większych zastrzeżeń w świetle gwarancji konstytucyjnych i prawnomiędzynarodowych, o tyle praktyka stosowania tych przepisów – jak wynika z przeprowadzonej kwerendy akt – dotknięta jest wieloma nieprawidłowościami. Uwaga ta dotyczy w głównej mierze uchybień proceduralnych, bo przeprowadzona analiza nie dostarcza materiału do wyciągnięcia stanowczych wniosków w zakresie stosowania prawa materialnego.

Wśród wychwyconych w toku analizy uchybień procesowych za najpoważniejsze, z punktu widzenia gwarancji konstytucyjnych i prawnomiędzynarodowych, muszą zostać uznane następujące:

1) Pozbawienie prawa pacjenta do obrony

Pacjent, przymusowo przyjęty do szpitala psychiatrycznego, ma – zgodnie z art. 5 ust. 4 EKPCz – prawo do weryfikacji legalności pozbawienia go wolności przez sąd. Aby uprawnienie to nie było iluzoryczne, w wielu przypadkach będzie potrzebować reprezentacji, np. wtedy, gdy ze względu na odosobnienie nie może stawić się w sądzie, albo gdy jest w takim stanie zdrowia, że nie jest zdolny do oceny sytuacji, w jakiej się znajduje. Mimo że taki stan rzeczy ma miejsce w wielu sprawach, a istnieje wyraźna podstawa normatywna do ustanowienia pełnomocnika bez wniosku strony, sądy tylko w jednostkowych przypadkach ustanawiają takiego pełnomocnika, naruszając tym samym zasadę równości broni, wypracowaną w orzecznictwie ETPCz.

2) Przeprowadzenie rozprawy poza szpitalem

Ten sam problem dotyczy miejsca przeprowadzenia rozprawy. W sytuacji gdy pacjent przebywa w szpitalu i nie jest doprowadzony na rozprawę, a jednocześnie nie jest reprezentowany przez pełnomocnika, przeprowadzenie rozprawy w gmachu sądu może być równoznaczne z pozbawieniem uczestnika prawa do obrony. Z punktu widzenia procedury cywilnej postępowanie takie może być dotknięte nieważnością (art. 379 pkt 5 k.p.c.), a uchybienie tego rodzaju stanowi podstawę wznowienia postępowania (art. 524 § 1 w zw. z art. 401 pkt 2 k.p.c.). Należy

pamiętać o tym, że uczestnik tego postępowania niejednokrotnie (inaczej niż osoba osadzona w zakładzie karnym lub areszcie śledczym) nie ma możliwości zajęcia w sprawie stanowiska na piśmie; może nawet nie wiedzieć o tym, że postępowanie się toczy, a jeśli już wie – może nie wiedzieć, czego dotyczy. Postępowanie toczy się bowiem z urzędu, a uczestnik otrzymuje jedynie zawiadomienie o terminie posiedzenia.

3) Niezachowanie 14-dniowego terminu od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia na wyznaczenie rozprawy

Termin ma bez wątpienia charakter instrukcyjny. Tworzy on jednak element rozwiązań procesowych, których zadaniem jest utrzymanie postępowania w określonych ramach czasowych. Doświadczenie niektórych sądów dowodzi, że uzyskanie w tym terminie opinii biegłego i zawiadomienie o rozprawie jest możliwe. Trzeba się jednak liczyć z tym, że sąd raczej nie zdąży doręczyć opinii uczestnikowi przed rozprawą, a rozprawa może się odbyć w zasadzie wyłącznie w szpitalu, o ile pacjent jeszcze w nim przebywa.

Ocenić należy, że postępowanie legalizujące zatrzymanie pacjenta w szpitalu, trwające wiele miesięcy, może uchodzić za nierzetelne, bo jego efektem będzie naruszenie prawa do wolności osobistej, gwarantowanego przez prawo międzynarodowe i Konstytucję RP.

4) Umorzenie postępowania mimo braku ku temu podstaw

W nielicznych przypadkach sąd umarzał postępowanie, mimo że nie miał ku temu podstaw. Skoro rola sądu polega na kontroli zasadności dokonanego już zatrzymania, któremu nie towarzyszyła zgoda wymagana przez art. 22 ustawy, to podstawy do umorzenia postępowania nie może stanowić ani śmierć pacjenta, ani tym bardziej wypisanie go ze szpitala.

5) Umorzenie postępowania na skutek zgody wyrażonej przed sędzią wizytującym szpital, a nie przed sądem

Praktyka polegająca na umorzeniu postępowania na skutek zgody wyrażonej przed sędzią wizytującym szpital pozostaje w sprzeczności z treścią art. 26 ust. 2 ustawy. Skoro bowiem przed umorzeniem postępowania sąd ma wysłuchać pacjenta, to nie

wystarczy wysłuchanie w trybie art. 45 ust. 2 ustawy. O tym, że wysłuchanie to nie stanowi wysłuchania z art. 26 ust. 2 ustawy, świadczy ostatnie zdanie art. 45 ust. 2, gdzie – przyznając sędziemu wizytatorowi prawo do wypisania pacjenta ze szpitala – nie daje mu się uprawnienia do dysponowania losami postępowania sądowego; sędzia ma w takim przypadku wnieść o umorzenie tego postępowania.

6) Brak wskazania przez lekarza podstawy zatrzymania, wskazanie wadliwe, nieoznaczenie materialnej podstawy zatrzymania pacjenta, zdawkowy opis przyczyny zatrzymania

Nie należy zapominać, że postępowanie sądowe inicjowane jest już – w pewnym sensie – przez lekarza podejmującego decyzję o przyjęciu czy zatrzymaniu pacjenta w szpitalu. Ta decyzja bowiem implikuje konieczność kontroli sądowej prowadzonej w określonym trybie. Sąd powinien wiedzieć, co jest przedmiotem kontroli – czy decyzja o przyjęciu pacjenta w celu hospitalizacji, czy decyzja o przyjęciu uczestnika na obserwację. Tymczasem zawiadomienia kierowane do sądu często są pozbawione takiej informacji. Poza tym, informacja taka powinna być (o ile to możliwe) precyzyjna i dobrze umotywowana, aby pozwolić sądowi na jak najszybszą reakcję w trybie art. 45 ust. 2 ustawy.

7) Wadliwie formułowane tezy orzeczeń, co nie pozwala na ustalenie, czy sąd legalizuje przymusową hospitalizację czy obserwację psychiatryczną

Jak już wywiedziono, w zakresie brzmienia sentencji orzeczenia panuje wielka różnorodność. Ta jednak, sama z siebie, nie jest wadą. Ważne, aby z sentencji orzeczenia (które niezmiernie rzadko jest uzasadniane) wynikało, jaka jest decyzja sądu. Orzeczenia te są niejednokrotnie tak samo formułowane w sprawach toczących się w trybie art. 23 ustawy, jak i w sprawach z art. 24 ustawy. Tymczasem w tym drugim przypadku sąd stwierdza legalność przyjęcia na obserwację psychiatryczną, kwitując tym samym legalność pobytu pacjenta w szpitalu na okres nieprzekraczający 10 dni. Z perspektywy orzecznictwa ETPCz trzeba przyjąć, że orzeczenie sądu legalizuje nie tylko przyjęcie pacjenta do szpitala, lecz także utrzymywanie się potrzeby odosobnienia w chwili orzekania.

Z tego powodu wskazanie, że chodzi o hospitalizację lub obserwację, nie jest pozbawione racji.

8) Przyjmowanie do rozpoznania wniosków w trybie art. 29 ustawy, do których nie załączono orzeczenia lekarskiego

Uchybienie to jest niezrozumiałe, wzięwszy pod uwagę właściwą sędziom tendencję do postaw oportunistycznych. W części z badanych spraw, w których sąd kontynuował postępowanie, mimo że nie załączono do wniosku stosownego świadectwa lekarskiego, nie było ku temu wyraźnych podstaw. Tymczasem warunek uzyskania swoistego „prejudykatu” lekarskiego nie jest pozbawiony głębszych racji. Chodzi o to, aby „wciągać” do postępowania toczącego się w trybie art. 29 ustawy wyłącznie osoby rzeczywiście chore psychicznie. Uruchomienie tego rodzaju maszyny wymiaru sprawiedliwości w odniesieniu do kogokolwiek powinno mieć wyraźne podstawy faktologiczne, bo samo wszczęcie postępowania może być postrzegane jako szykana i odczuwane jako poważna dolegliwość.

9) Kwalifikacja niektórych spraw w trybie pilnym

Niepokoić musi istotna przewaga spraw toczących się w trybie art. 23 ustawy nad sprawami z art. 24 ustawy. Z uwagi na dużo mniejszą „inwazyjność” zatrzymania na tej drugiej podstawie prawnej należałoby oczekiwać szerszego stosowania tego rozwiązania i jego ilościowej dominacji nad przymusową hospitalizacją. Tym bardziej że – jak wykazało badanie aktowe – w wielu przypadkach nie ma jednoznacznych danych pozwalających na ustalenie w chwili przyjęcia, że pacjent jest chory psychicznie. Niejednokrotnie bowiem z opinii biegłego wynika, że pacjent nie był wcześniej hospitalizowany. „Popularność” art. 23 ustawy sprawia, że bardzo rzadko dochodzi do zmiany podstawy zatrzymania, co wydaje się pożądanym rozwiązaniem w sytuacji, gdy w czasie 10-dniowej obserwacji okaże się, iż pacjent jest chory psychicznie, a nadal będzie zagrażać swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

10) Niezawiadamianie wszystkich uczestników postępowania

Rozpoznając sprawy o przymusowe leczenie psychiatryczne, sądy niejednokrotnie nie zawiadamiają wszystkich uczestników postępowania. W szczególności,

zapomina się zupełnie, że uczestnikiem we wszystkich sprawach powinien być przedstawiciel ustawy pacjenta.

7. Załączniki

7.1. Załącznik nr 1 – lista poddanych badaniu akt spraw o przymusową hospitalizację w trybie art. 23 ustawy.

Sąd Rejonowy w Gliwicach – sprawy o sygn.:

- 1) IV RNs 112/14
- 2) IV RNs 182/14
- 3) IV RNs 233/14
- 4) IV RNs 246/14
- 5) IV RNs 248/14
- 6) IV RNs 261/14
- 7) IV RNs 286/14
- 8) IV RNs 325/14
- 9) IV RNs 338/14
- 10) IV RNs 364/14
- 11) IV RNs 365/14
- 12) IV RNs 367/14
- 13) V RNs 10/14
- 14) V RNs 12/14
- 15) V RNs 126/14
- 16) V RNs 140/14
- 17) V RNs 144/14
- 18) V RNs 170/14
- 19) V RNs 239/14
- 20) V RNs 272/14
- 21) V RNs 318/14
- 22) V RNs 43/14
- 23) V RNs 99/14

Sąd Rejonowy w Radzynie Podlaskim – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 7/14
- 2) III RNs 25/14
- 3) III RNs 71/14
- 4) III RNs 89/14
- 5) III RNs 90/14
- 6) III RNs 92/14

Sąd Rejonowy w Szczecinku – sprawa o sygn.:

III RNs 127/14

Sąd Rejonowy w Bolesławcu – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 238/14
- 2) III RNs 239/14

- 3) III RNs 240/14
- 4) III RNs 241/14
- 5) III RNs 352/14
- 6) III RNs 366/14
- 7) III RNs 565/14
- 8) III RNs 566/14
- 9) III RNs 581/14
- 10) III RNs 590/14
- 11) III RNs 601/14
- 12) III RNs 602/14
- 13) III RNs 628/14
- 14) III RNs 643/14
- 15) III RNs 645/14
- 16) III RNs 672/14
- 17) III RNs 675/14
- 18) III RNs 679/14
- 19) III RNs 698/14
- 20) III RNs 704/14
- 21) III RNs 707/14
- 22) III RNs 721/14
- 23) III RNs 724/14

Sąd Rejonowy Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu – sprawy o sygn.:

- 1) IV RNs 11/14
- 2) IV RNs 38/14
- 3) IV RNs 144/14
- 4) IV RNs 251/14
- 5) IV RNs 252/14
- 6) IV RNs 298/14
- 7) IV RNs 461/14
- 8) IV RNs 570/14

Sąd Rejonowy w Kołobrzegu – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 253/14
- 2) III RNs 266/14

Sąd Rejonowy w Bielsku Podlaskim – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 1/14
- 2) III RNs 24/14
- 3) III RNs 79/14
- 4) III RNs 87/14
- 5) III RNs 88/14
- 6) III RNs 95/14
- 7) III RNs 101/14
- 8) III RNs 102/14
- 9) III RNs 103/14
- 10) III RNs 107/14
- 11) III RNs 109/14
- 12) III RNs 110/14

- 13) III RNs 114/14
- 14) III RNs 119/14
- 15) III RNs 120/14
- 16) III RNs 134/14
- 17) III RNs 135/14
- 18) III RNs 147/14
- 19) III RNs 153/14
- 20) III RNs 170/14
- 21) III RNs 204/14
- 22) III RNs 218/14
- 23) III RNs 229/14
- 24) III RNs 241/14
- 25) III RNs 242/14
- 26) III RNs 246/14
- 27) III RNs 284/14
- 28) III RNs 292/14
- 29) III RNs 318/14
- 30) III RNs 325/14
- 31) III RNs 342/14
- 32) III RNs 343/14
- 33) III RNs 345/14
- 34) III RNs 356/14
- 35) III RNs 360/14
- 36) III RNs 375/14
- 37) III RNs 376/14
- 38) III RNs 431/14
- 39) III RNs 448/14
- 40) III RNs 498/14
- 41) III RNs 499/14
- 42) III RNs 512/14

Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli w Warszawie – sprawy o sygn.:

- 1) VI RNs 1/14
- 2) VI RNs 2/14
- 3) VI RNs 21/14
- 4) VI RNs 120/14
- 5) VI RNs 126/14
- 6) VI RNs 247/14
- 7) VI RNs 621/14
- 8) VI RNs 631/14
- 9) VI RNs 742/14

Sąd Rejonowy w Złotoryi – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 1/14
- 2) III RNs 2/14
- 3) III RNs 13/14
- 4) III RNs 15/14
- 5) III RNs 16/14
- 6) III RNs 17/14
- 7) III RNs 18/14

- 8) III RNs 19/14
- 9) III RNs 23/14
- 10) III RNs 24/14
- 11) III RNs 25/14
- 12) III RNs 26/14
- 13) III RNs 29/14
- 14) III RNs 30/14

Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 2/14
- 2) III RNs 4/14
- 3) III RNs 284/14
- 4) III RNs 288/14
- 5) III RNs 321/14
- 6) III RNs 383/14
- 7) III RNs 461/14
- 8) III RNs 462/14
- 9) III RNs 465/14
- 10) III RNs 491/14
- 11) III RNs 581/14
- 12) III RNs 597/14
- 13) III RNs 599/14
- 14) III RNs 608/14
- 15) III RNs 618/14
- 16) III RNs 621/14
- 17) III RNs 629/14
- 18) III RNs 673/14
- 19) III RNs 729/14
- 20) III RNs 758/14
- 21) III RNs 767/14

Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku – sprawy o sygn.:

- 1) IV RNs 109/14
- 2) IV RNs 187/14
- 3) IV RNs 188/14
- 4) IV RNs 292/14
- 5) IV RNs 298/14
- 6) IV RNs 299/14
- 7) IV RNs 745/14
- 8) IV RNs 841/14
- 9) IV RNs 85/14
- 10) IV RNs 850/14
- 11) IV RNs 857/14
- 12) IV RNs 87/14
- 13) IV RNs 89/14
- 14) IV RNs 966/14
- 15) IV RNs 970/14
- 16) V RNs 12/14
- 17) V RNs 23/14
- 18) V RNs 253/14

- 19) V RNs 260/14
- 20) V RNs 360/14
- 21) V RNs 365/14
- 22) V RNs 382/14
- 23) V RNs 394/14
- 24) V RNs 406/14
- 25) V RNs 49/14
- 26) V RNs 50/14
- 27) V RNs 537/14
- 28) V RNs 547/14
- 29) V RNs 90/14
- 30) V RNs 949/14

7.2. Załącznik nr 2 – lista poddanych badaniu akt spraw o przymusową hospitalizację w trybie art. 24 ustawy.

Sąd Rejonowy w Bolesławcu – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 360/14
- 2) III RNs 364/14
- 3) III RNs 559/14
- 4) III RNs 708/14

Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku – sprawy o sygn.:

- 1) V RNs 59/14
- 2) V RNs 239/14
- 3) IV RNs 288/14
- 4) IV Rns 321/14

Sąd Rejonowy w Gliwicach – sprawy o sygn.:

- 1) IV RNs 185/14
- 2) IV RNs 187/14
- 3) IV RNs 224/14
- 4) IV RNs 282/14
- 5) IV RNs 330/14
- 6) IV RNs 363/14
- 7) V RNs 95/14
- 8) V RNs 130/14
- 9) V RNs 132/14
- 10) V RNs 260/14
- 11) V RNs 337/14
- 12) V RNs 383/14
- 13) V RNs 688/14

Sąd Rejonowy w Kołobrzegu – sprawa o sygn.:

III RNs 138/14

Sąd Rejonowy w Radzynie Podlaskim – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 109/14
- 2) III RNs 267/14

Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 463/14
- 2) III RNs 464/14
- 3) III RNs 633/14
- 4) III RNs 377/14
- 5) III RNs 384/14
- 6) III RNs 492/14
- 7) II RNs 501/14

7.3. Załącznik nr 3 – lista poddanych badaniu akt spraw o przymusową hospitalizację w trybie wyłącznie wnioskowym.

Sąd Rejonowy w Augustowie – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 100/14
- 2) III RNs 193/14

Sąd Rejonowy w Bielsku Podlaskim – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 495/13
- 2) III RNs 27/14
- 3) III RNs 38/14
- 4) III RNs 65/14
- 5) III RNs 85/14
- 6) III RNs 166/14
- 7) III RNs 211/14

Sąd Rejonowy w Bolesławcu – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 148/14
- 2) III RNs 440/14

Sąd Rejonowy w Garwolinie – sprawa o sygn.:

III RNs 39/14

Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku – sprawy o sygn.:

- 1) V RNs 119/14
- 2) V RNs 444/14
- 3) V RNs 1064/14

Sąd Rejonowy w Gliwicach – sprawy o sygn.:

- 1) V RNs 203/14
- 2) V RNs 685/14

Sąd Rejonowy w Kołobrzegu – sprawa o sygn.:

III RNs 319/14

Sąd Rejonowy w Legionowie – sprawa o sygn.:

III RNs 67/14

Sąd Rejonowy Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu – sprawy o sygn.:

- 1) IV RNs 96/14
- 2) IV RNs 240/14

Sąd Rejonowy w Radomsku – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 179/14
- 2) III RNs 231/14
- 3) III RNs 233/14

Sąd Rejonowy w Radzynie Podlaskim – sprawa o sygn.:

III RNs 39/14

Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim – sprawa o sygn.:

III RNs 580/14

Sąd Rejonowy w Szczecinku – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 212/13
- 2) III RNs 9/14
- 3) III RNs 326/14

Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli w Warszawie – sprawa o sygn.:

VI RNs 1279/14

Sąd Rejonowy w Węgrowie – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 18/14
- 2) III RNs 21/14
- 3) III RNs 36/14

Sąd Rejonowy Wrocław-Krzyki we Wrocławiu – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 264/13
- 2) III RNs 679/13
- 3) III RNs 755/14

Sąd Rejonowy w Wyszowie – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 305/13
- 2) III RNs 18/14

Sąd Rejonowy w Złotoryi – sprawy o sygn.:

- 1) III RNs 264/14
- 2) III RNs 287/14

7.4. Załącznik nr 4 – ankieta dla spraw toczących się z urzędu

W ankiecie przygotowanej dla spraw o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym znalazły się następujące pozycje:

- 1) Dane ogólne
 - a. nazwa sądu
 - b. sygnatura akt sprawy
- 2) Informacje zawarte w zawiadomieniu skierowanym w trybie art. 25 ust. 1 ustawy
 - a. osoba wnioskodawcy
 - b. płeć pacjenta
 - c. data urodzenia pacjenta
 - d. informacja w przedmiocie ubezwłasnowolnienia
 - e. data przyjęcia do szpitala/zatrzymania w szpitalu
 - f. godzina przyjęcia do szpitala/zatrzymania w szpitalu
 - g. przyczyna przyjęcia/zatrzymania
 - h. uzasadnienie przyjęcia/zatrzymania
 - i. nazwisko i funkcja osoby decydującej o przyjęciu
 - j. nazwisko i funkcja osoby opiniującej przyjęcie
 - k. nazwisko i funkcja osoby zatwierdzającej przyjęcie
 - l. data zatwierdzenia (przyjęcia/zatrzymania) przez ordynatora
 - m. godzina zatwierdzenia (przyjęcia/zatrzymania) przez ordynatora
 - n. zmiana podstawy zatrzymania
- 3) Dane dotyczące rejestracji sprawy
 - a. data zawiadomienia sądu o przyjęciu/zatrzymaniu pacjenta
 - b. godzina zawiadomienia sądu o przyjęciu/zatrzymaniu pacjenta
 - c. sposób zawiadomienia sądu o przyjęciu/zatrzymaniu pacjenta
 - d. data rejestracji sprawy w repertorium
 - e. uwagi co do postępowania
- 4) Wysłuchanie pacjenta przez sędziego wizytującego szpital
 - a. data wysłuchania
 - b. czas trwania wysłuchania
 - c. miejsce wysłuchania
 - d. zgoda pacjenta na hospitalizację

- e. pouczenia
- 5) Opinia biegłego
- a. data postanowienia dowodowego
 - b. teza dowodowa
 - c. data nadesłania opinii przez biegłego
 - d. nazwisko autora opinii
 - e. wnioski opinii
 - f. uwagi dotyczące opinii
- 6) Rozprawa
- a. data zarządzenia o wyznaczeniu rozprawy
 - b. sposób zawiadomienia o rozprawie
 - c. data rozprawy (kolejnych rozpraw)
 - d. czas trwania rozprawy (kolejnych rozpraw)
 - e. miejsce rozprawy
 - f. pełnomocnik z urzędu
 - g. realizacja prawa udziału pacjenta w rozprawie
 - h. kontakt mentalny z pacjentem
 - i. zgoda pacjenta na hospitalizację
 - j. doręczenie opinii
 - k. pouczenia
- 7) Orzeczenie sądu
- a. odroczenie orzeczenia
 - b. sentencja orzeczenia
 - c. uzasadnienie – motywy
 - d. środek odwoławczy
 - i. braki formalne
 - ii. data orzeczenia sądu odwoławczego
 - iii. sentencja orzeczenia sądu odwoławczego
 - iv. motywy w orzeczeniu sądu odwoławczego
- 8) Zawiadomienie o wypisaniu ze szpitala – data wypisu

7.5. Załącznik nr 5 – ankieta dla spraw toczących się na wniosek

W ankiecie stworzonej dla spraw wyłącznie wnioskowych zawarto następujące pozycje:

- 1) Dane ogólne
 - a. nazwa sądu
 - b. sygnatura akt sprawy
- 2) Wniosek
 - a. osoba wnioskodawcy (art. 29 ust. 2 i 3 ustawy)
 - b. data wniosku
 - c. data rejestracji w repertorium
 - d. braki formalne wniosku
 - e. osoba uczestnika
 - i. płeć
 - ii. wiek
 - f. uzasadnienie wniosku
 - g. zgłoszone we wniosku środki dowodowe
 - h. inne uwagi dotyczące wniosku
- 3) Opinia biegłego
 - a. data postanowienia dowodowego
 - b. teza dowodowa
 - c. data nadesłania opinii przez biegłego
 - d. wnioski opinii
- 4) Rozprawa
 - a. data zarządzenia o wyznaczeniu rozprawy
 - b. osoby zawiadomione o rozprawie
 - c. data rozprawy (kolejnych rozpraw)
 - d. czas trwania rozprawy (kolejnych rozpraw)
 - e. pełnomocnik z urzędu
 - f. udział prokuratora
 - g. czynności dowodowe przeprowadzone przez sąd
 - h. wysłuchanie uczestnika
 - i. stanowiska procesowe uczestników postępowania
 - i. stanowisko wnioskodawcy

- ii. stanowisko uczestnika
 - iii. stanowisko prokuratora
 - iv. stanowisko pełnomocnika uczestnika
- j. doręczenie opinii
- 5) Orzeczenie sądu
 - a. data postanowienia
 - b. sentencja orzeczenia
 - c. uzasadnienie – motywy
 - d. środek odwoławczy
 - i. braki formalne
 - ii. data orzeczenia sądu odwoławczego
 - iii. sentencja orzeczenia sądu odwoławczego
 - iv. motywy sądu odwoławczego
- 6) Informacje o przyjęciu do szpitala i wypisaniu ze szpitala

7.6. Załącznik nr 6 – wzór zawiadomienia sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego) (miejsowość, data)

.....
(numer pisma)

Sąd Rejonowy w
Wydział Rodzinny i Nieletnich

ZAWIADOMIENIE

o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego

na podstawie art. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)

1.

(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

zawiadamia, że w dniu o godz. został(a):

- przyjęta(-ty) do szpitala psychiatrycznego^{*)},
- zatrzymana(-ny) w szpitalu, wycofał(a) zgodę na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego^{*)}

Pani/Pan:,

córka/syn:,

ur. W.....,

rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:,

PESEL (jeżeli posiada),

zamieszkała(-ly) w:

.....

i został(a) zapisana(-ny) w księdze głównej pod numerem:

2. Imię i nazwisko lekarza decydującego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego lub zatrzymaniu w tym szpitalu bez zgody:....., ewentualnie imię i nazwisko innego lekarza lub psychologa uczestniczącego w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego:

3. Pani/Pan przyjęta(-ty) – zatrzymana(-ny) zagraża bezpośrednio:

- 1) swojemu życiu,
- 2) życiu lub zdrowiu innych osób^{*)}.

Uzasadnienie:

.....

.....

4. Imię i nazwisko ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), zatwierdzającego przyjęcie:

.....

5. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia

1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego):

1) małżonek:,

(imię, nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca opiekę faktyczną:,

(imię, nazwisko, adres)

3) przedstawiciel ustawowy:

(imię, nazwisko, adres)

(podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego)

^{*)} Odpowiednie zakreślić.